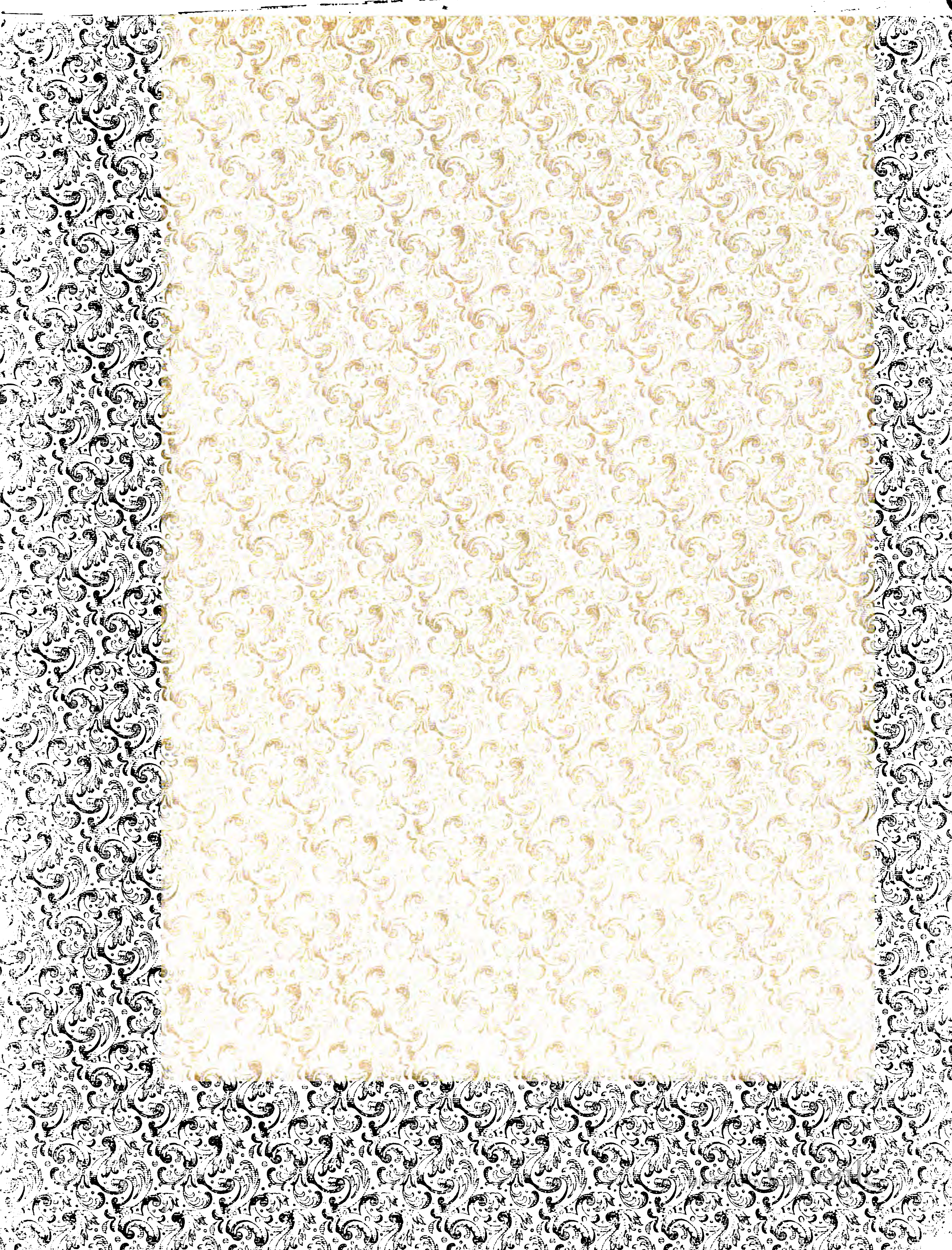


Aerztliche Sachverständigen-Zeitung




SIGILLVM ACADEMIAE HARVARDIANAE IN NOV ANG
CHRISTO ET ECCLESIAE
VE RI TAS



Aerztliche
Sachverständigen-Zeitung

Organ

für die gesamte

Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes.

Jahrgang 1905.



Berlin 1905.

Verlag von Richard Schoetz.

Luisenstraße 36.

Sachregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Original-Artikel.)

Autorenregister.

(Die fettgedruckten Zahlen bedeuten Original-Artikel.)

Berlin, Druck von W. Büxenstein.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 1. Ausgegeben am 1. Januar.

Inhalt:

1895—1905.

Daß im Wirken des Arztes die Sachverständigen-Tätigkeit eine der Behandlung und Verhütung von Krankheiten gleichwertige Rolle spielt, ist eine Erkenntnis, die in den letzten Jahrzehnten in allen ärztlichen Kreisen weitgehende Fortschritte gemacht hat.

Schon die steigende Vervollkommnung der Rechtspflege im allgemeinen mußte dahin wirken, daß die Aerzte mehr und mehr auf ihre Berufspflicht, gesundheitliche Fragen in Rechtsfällen aller Art zu begutachten, hingewiesen wurden. Dreierlei kam aber gerade im letzten Viertel des vorigen Jahrhunderts noch hinzu: die Zunahme der geistigen Störungen bezw. ihrer richtigen Bewertung im Rechtsleben, die vorher ungeahnte Ausgestaltung der hygienischen Gesetzgebung und die Schöpfung der Arbeiter-Fürsorge-Gesetze.

In richtiger Würdigung der Tatsache, daß den sehr erhöhten Ansprüchen an die ärztliche Sachverständigen-Tätigkeit auch eine bessere Ausbildung der Aerzte auf diesem Gebiete entsprechen müsse, und daß weder der Universitätsunterricht — wenigstens in seiner damals fast allgemein üblichen Form — noch die Erfahrung am Krankenbette den Arzt als Gutachter ausreichend vorbilde, wurde vor 10 Jahren unsere Zeitschrift ins Leben gerufen.

Nach mancher Richtung haben sich die Verhältnisse in der Zwischenzeit bereits wesentlich geändert. In zunehmendem Maße beteiligen sich die Universitäten an der Vorbereitung des Arztes für seinen Gutachterberuf. Unter den Aerzten selbst ist jene Gattung, für welche die Abfassung von Attesten und Gutachten eine lästige und vermeintlich der übrigen Berufstätigkeit unebenbürtige Beschäftigung darstellt, stark im Abnehmen, wo nicht im Aussterben begriffen. In den ärztlichen Vereinen werden immer häufiger Fragen aus diesem Gebiete erörtert, und viele neue Vereinigungen die grade zu ihm enge Beziehungen haben, sind ins Leben gerufen worden; man braucht nur an die in mehreren Städten bestehenden psychologisch-forensischen Vereine, an die Abteilung für Versicherungsmedizin des Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft und an die Deutsche Gesellschaft für gerichtliche Medizin zu denken. Aber gerade mit der Erkenntnis des Wertes der Sachverständigen-Tätigkeit ist das Bedürfnis nach literarischer Anregung und Unterweisung auf diesem Gebiete noch gewachsen.

Werfen wir einen Blick auf die letzten 10 Jahre zurück, so sehen wir, wie in dieser Zeit große Felder der Betätigung für den ärztlichen Sachverständigen neu erschlossen worden sind.

Das Bürgerliche Gesetzbuch, welches mit dem 1. Januar 1900 in Kraft trat, hat die Aufgaben der ärztlichen Gutachter nicht nur vielfach verändert, sondern auch in manchen Punkten erweitert, so besonders im Eherecht, wo Krankheiten früher keine so wesentliche Rolle spielten wie jetzt.

Den öffentlich bestellten Sachverständigen, den Medizinalbeamten, ist durch das Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes vom 16. September 1899 und die dazugehörige Dienstanweisung vom 23. März 1901 ein wesentlich vergrößerter Wirkungs-

kreis gegen früher zugewiesen worden, es gibt kaum ein Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege mehr, in welchem der Staat auf ihre ständige Mitwirkung verzichtete. Neben ihnen aber sind noch andere Aerzte zur Gutachtertätigkeit auf hygienischem Gebiete herangezogen worden. Die Gemeinden beginnen, Stadtärzte als ihre technischen Berater auf dem Gebiete der gesamten Gesundheitspflege anzustellen. Die Schularzteinrichtung gewinnt seit dem Ministerialerlaß vom 18. Mai 1898 von Jahr zu Jahr an Ausbreitung. Eine Reihe von Bundesratsverordnungen nötigt die Unternehmer bestimmter gewerblicher Betriebe, ihre Arbeiter vor der Einstellung ärztlich untersuchen zu lassen.

Auf dem Gebiete der Arbeiterfürsorge ist mit der Zahl der Rentenberechtigten auch die der ärztlichen Gutachten bedeutend gewachsen, nicht nur durch die allmähliche Zunahme der Arbeiterbevölkerung überhaupt und ihre bessere Aufklärung über ihre gesetzlichen Rechte, sondern durch Hineinziehung ganz neuer Kategorien von Personen in den Kreis der Fürsorgeberechtigten. Das Unfall-Gesetz vom 30. Juni 1900 umfaßt mehr Arten von Arbeitern als die früheren Unfallgesetze, durch weitere Gesetze, vom 15. März 1896 und vom 30. Juni 1900, sind einerseits die Beamten und Soldaten, andererseits die Gefangenen Unfallrentenberechtigt geworden. Auf dem Gebiete der Invalidenversicherung hat infolge des Gesetzes vom 13. Juli 1899 nicht nur die Rentenberechtigung der Erwerbsunfähigen von der 27. Woche an, sondern mehr noch die Uebernahme des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalten einen großen Zuwachs an ärztlichen Begutachtungen gezeitigt. Zu alledem kommt, daß in den neuen Unfallgesetzen eine stärkere Beteiligung der Aerzte an der Rechtsfindung von vornherein vorgesehen ist; so durch die Verpflichtung, in gewissen Fällen den behandelnden Arzt zu hören, und durch die Einrichtung der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte.

Weit über diese Errungenschaften hinaus dürfen wir aber von der nahen Zukunft eine Förderung der ärztlichen Sachverständigentätigkeit erwarten. Unser Strafrecht und unser Strafprozeß sehen bedeutenden Umgestaltungen entgegen, und alle Vorarbeiten, die bisher dafür geschaffen sind, weisen daraufhin, daß dem Arzte als Gutachter, sowohl während des Strafverfahrens als während der Strafvollstreckung wesentlich umfangreichere Pflichten und Rechte zufallen werden, als er sie jetzt hat. Auf dem Gebiete des Irrenwesens werden die Grenzzustände zwischen seelischer Krankheit und Gesundheit die Schaffung von Einrichtungen notwendig machen, die dem Arzte Gelegenheit zu reichlicher Betätigung geben werden. Die Bekämpfung der gewerblichen Schädlichkeiten wird auf die Dauer nicht ohne eine starke Mehrbeteiligung des ärztlichen Elements an der Gewerbeaufsicht im kleinen und großen gehandhabt werden können. Die Vereinheitlichung der Arbeiter-Versicherungsgesetze wird nicht, wie es wohl scheinen könnte, eine Verringerung der ärztlichen Gutachtertätigkeit, sondern deren erhebliche Vermehrung zu Wege bringen; denn man wird dann in jedem einzelnen Erkrankungsfalle viel planmäßiger als jetzt vorzugehen streben, und dazu wird die Einholung ärztlicher Atteste und umfänglicherer Auseinandersetzungen sehr oft erforderlich sein. Daß die Stellung des ärztlichen Gutachters auch im Privatversicherungswesen an Wichtigkeit sehr gewinnen wird, dafür bürgen die bereits gepflogenen Erörterungen des Gesetzentwurfs über den Versicherungsvertrag.

Blicken wir auf all diese Aufgaben, welche dem ärztlichen Sachverständigen teils die Gegenwart bietet, teils die Zukunft in Aussicht stellt, so braucht unsere Zeitschrift einen Vorwurf nicht zu befürchten, welcher in letzter Zeit vielen medizinischen Zeitschriften gemacht worden ist: Zu klein, zu unbedeutend im Verhältnis zur Gesamtmedizin ist das Arbeitsfeld der Aerztlichen Sachverständigenzeitung ganz sicher nicht. Sie umfaßt ein so umfangreiches und wichtiges Gebiet, wie es eben noch in dem Rahmen eines einzelnen Fachblattes vereinigt werden kann, ohne daß darin ein unübersehbares Durcheinander verschiedener Bestandteile zusammengezwängt wäre. Ja, es wird sogar kein geringes Maaß von Mühe erfordern, auf dem uns zur Verfügung stehenden Raume auch ferner allen Richtungen der ärztlichen Sachverständigentätigkeit gerecht zu werden, wir werden aber dieses Ziel nie aus den Augen verlieren. Am Beginn unseres zweiten Jahrzehnts geben wir der Hoffnung Ausdruck, daß neben dem Zusammenwirken der Redaktionsmitglieder und unseres bewährten Stammes ständiger Mitarbeiter auch die Beiträge der Kollegen in Stadt und Land uns wie bisher zur Förderung unserer Bestrebungen zu Gebote stehen werden.

Die Tuberkulose und die Schule.

Von

Prof. **Dr. Martin Kirchner,**
Geh. Obermedizinalrat.

Seit einer Reihe von Jahren ist der Kampf gegen die Tuberkulose auf der ganzen Linie eröffnet worden, und man ist versucht, den unzweifelhaften Rückgang, welchen die Todesfälle an dieser Krankheit erfahren haben, als eine Frucht dieses Kampfes zu betrachten. Da erscheint es billig, ja geboten, einmal zu prüfen, inwieweit an diesem Rückgange auch das schulpflichtige Alter sich beteiligt hat, und ob es möglich ist zum Schutze dieser Altersklasse gegen den Würgeengel der Menschheit noch mehr zu tun, als bisher geschehen.

Die Möglichkeit, die Bedeutung der Tuberkulose für das schulpflichtige Alter kennen zu lernen, gewährt die Preußische Statistik.

1. Von je 10 000 am 1. Januar Lebenden der betreffenden Altersklasse starben an Tuberkulose:

im Lebensjahre	männliche				weibliche			
	1876	1902	weniger	mehr	1876	1902	weniger	mehr
0—1	23,18	21,27	1,91	—	21,27	18,03	3,24	—
1—2	20,22	16,17	4,05	—	20,06	14,22	5,64	—
2—3	11,54	8,82	2,72	—	12,03	8,20	3,89	—
3—5	6,39	5,46	0,93	—	6,62	6,34	0,28	—
5—10	3,60	3,62	—	0,02	4,75	5,32	—	0,57
10—15	4,06	4,0,8	—	0,02	7.38	7,61	—	0,23
15—20	17,50	14,36	3,14	—	17,70	16,54	1,36	—
20—25	35,26	23,97	11,29	—	25,43	21,02	4,41	—
25—30	38,12	25,07	13,05	—	32,13	24,68	7,45	—
30—40	42,75	25,37	17,38	—	37,10	23,77	13,33	—
40—50	55,71	34,98	20,53	—	38,39	21,59	16,89	—
50—60	78,24	43,30	34,94	—	52,42	23,53	28,89	—
60—70	107,96	48,90	59,06	—	72,45	30,72	41,73	—
70—80	71,52	27,74	43,78	—	48,25	20,06	28,19	—
über 80	30.24	12,74	17,50	—	22,38	8,96	13,42	—
Zus.	34,41	20,72	13,69	—	27,59	17,41	10,18	—

In der vorstehenden Tabelle ist die Sterblichkeit des Jahres 1902 derjenigen des Jahres 1876 gegenübergestellt. Man ersieht daraus, daß die Gesamtsterblichkeit an Tuberkulose im Preußischen Staat von 1876 bis 1902 abgenommen hat: bei der männlichen Bevölkerung von 34,41 pro Zehntausend auf 20,72, d. h. um 39,8 %, und bei der weiblichen Bevölkerung von 27,59 pro Zehntausend auf 17,41, d. h. um 36,9 %.

Wir sehen aber sofort, daß dieses im ganzen überaus erfreuliche Ergebnis keineswegs alle Altersklassen gleichmäßig betrifft. Vielmehr ist in den jugendlichen Altersklassen diese Abnahme auffallend gering, und die beiden Altersklassen von 5 bis 10 und von 10 bis 15 Jahren lassen sogar eine Zunahme der Sterblichkeit an Tuberkulose erkennen, eine Zunahme, welche beim männlichen Geschlecht nur gering, bei dem weiblichen aber sogar recht bedeutend ist. Im Alter von 5 bis 10 Jahren stieg die Tuberkulosesterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 3,60 auf 3,62 von 10 000, also um 0,56 %, bei dem weiblichen aber von 4,75 auf 5,32 von 10 000, also um 11,6 %. Im Alter von 10 bis 15 Jahren stieg die Tuberkulosesterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 4,06 auf 4,08 von 10 000, also um 0,49 %, bei dem weiblichen von 7,38 auf 7,61 von 10 000, also um 3,1 %.

Ein Blick auf eine zweite Tabelle wird uns weiter belehren.

2. Von je 100 Gestorbenen der betreffenden Altersklasse starben an Tuberkulose:

im Lebensjahre	männliche				weibliche			
	1876	1902	weniger	mehr	1876	1902	weniger	mehr
0— 1	0,85	0,92	—	0,07	0,94	0,96	—	0,02
1— 2	2,76	3,32	—	0,56	2,93	3,12	—	0,19
2— 3	3,20	4,75	—	1,55	3,50	4,47	—	0,97
3— 5	2,91	5,41	—	2,51	3,12	6,28	—	3,16
5—10	4,09	7,69	—	3,60	5,50	10,85	—	5,35
10—15	10,64	16,37	—	5,73	18,43	26,02	—	7,59
15—20	33,16	35,58	—	2,42	40,18	44,83	—	4,65
20—25	44,25	44,79	—	0,54	41,01	45,87	—	4,86
25—30	44,65	43,08	1,57	—	39,85	41,76	—	1,91
30—40	39,40	34,13	5,27	—	36,94	34,48	2,46	—
40—50	33,51	26,40	7,11	—	31,85	25,83	6,02	—
50—60	29,07	17,97	11,10	—	26,12	14,53	11,59	—
60—70	20,72	10,39	10,33	—	16,26	7,92	8,34	—
70—80	6,61	2,74	3,87	—	4,75	2,16	2,59	—
über 80	1,34	0,58	0,76	—	1,05	0,43	0,62	—
Zus.	12,53	10,10	2,43	—	11,6	9,58	2,03	—

Ein Blick auf die Tabelle 2 lehrt die höchst überraschende, bisher von niemand hervorgehobene Tatsache, daß der Bruchteil der Gesamtsterblichkeit, welchen die Sterblichkeit an Tuberkulose für sich beansprucht, für das Lebensalter bis Ausgangs des 25. Jahres bei beiden Geschlechtern, beim weiblichen sogar bis Ausgangs des 30. Lebensjahres seit dem Jahre 1876 nicht ab- sondern sogar zugenommen, d. h., daß die Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit mit derjenigen der Gesamtsterblichkeit nicht gleichen Schritt gehalten hat.

Diese Zunahme aber ist wiederum größer in den Altersklassen von 5 bis 15 Jahren.

Im Alter von 5 bis 10 Jahren stieg der Tuberkulosebruchteil der Gesamtsterblichkeit beim männlichen Geschlecht von 4,09 auf 7,09 von 100, also um 88,0 %, bei dem weiblichen Geschlecht von 5,50 auf 10,85 von 100, also um 97,3 %; im Alter von 10 bis 15 Jahren stieg der Tuberkulosebruchteil an der Gesamtsterblichkeit bei dem männlichen Geschlecht von 10,04 auf 16,51 von 100, also um 53,8 %; bei dem weiblichen Geschlecht von 18,43 auf 26,02 von 100, also um 41,2 %.

In den späteren Lebensjahren, bei dem männlichen Geschtecht vom 26., bei dem weiblichen vom 31. Lebensjahre ab, ist die Abnahme des Tuberkulosebruchteils an der Gesamtsterblichkeit unverkennbar; und im Ganzen betrug dieser Rückgang bei dem männlichen Geschlecht (von 12,53 auf 10,10 von 100) 19,4 %, bei dem weiblichen (von 11,61 auf 9,58 von 100) 17,5 %, also ein recht Beträchtliches.

Was dürfen wir aus diesen überraschenden Zahlen schließen?

Wenn es wahr ist, daß der in den letzten 27 Jahren beobtete Rückgang der Sterblichkeit an Tuberkulose eine Folge der Entdeckung des Tuberkelbacillus durch **Robert Koch**, eine weitere Folge des Aufschwungs der Hygiene im Allgemeinen und des infolgedessen auf ganzer Linie eröffneten Kampfes gegen die Tuberkulose im besonderen gewesen ist, so gewinnt es den Anschein, als wenn diese Wohltaten hauptsächlich den höhern Altersklassen zuteil geworden, die jüngern dagegen nicht in dem Maße daran beteiligt worden wären, wie es im Interesse der Volksgesundheit erwünscht gewesen wäre. Dies würde von allen Altersklassen bis zum vollendeten 25. Lebensjahre, namentlich von den Jahren des schulpflichtigen Lebensalters zwischen 5 und 15 Jahren gelten.

Bevor ich auf diesen sehr wichtigen Punkt näher eingehe, möchte ich die Frage prüfen, was bisher seitens der Schule zur Bekämpfung der Tuberkulose geschehen ist.

Die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten geschieht in Preußen bekanntlich noch immer auf Grund des § 14 des Allerhöchst genehmigten Regulativs vom 8. August 1835 und der im Anschluß daran erlassenen Rundverfügung, betreffend die Schließung der Schulen bei ansteckenden Krankheiten, vom 14. Juli 1884. In dieser Verfügung sind als Krankheiten, „welche vermöge ihrer Ansteckungsfähigkeit besondere Vorschriften für die Schulen nötig machen", aufgezählt: **Augenentzündung** (kantagiöse), **Cholera**, **Diphtherie**, **Flecktyphus**, **Keuchhusten**, sobald und solange er krampfhaft auftritt, **Krätze**, **Pocken**, **Röteln**, **Rückfallfieber**, **Ruhr**, **Scharlach** und **Unterleibstyphus**. Neuerdings (1897) zu dieser Reihe hinzugekommen ist der **Aussatz**. Tuberkulose dagegen ist mit keinem Worte erwähnt.

Dem gegenüber ist eine Betrachtung der Bruchteile an der Gesamtsterblichkeit von Interesse, welche die Sterblichkeit an diesen Krankheiten während des schulpflichtigen Alters ausmacht, wobei von Augenentzündung, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Krätze, Pocken und Rückfallfieber aus naheliegenden Gründen abgesehen werden kann, da sie ja entweder gar keine Sterblichkeit verursachen oder für uns nur ausnahmsweise in Betracht kommen. Von Bedeutung für die Schulen sind in der Regel nur **Diphtherie**, **Keuchhusten**, **Masern** und **Röteln**, **Ruhr**, **Scharlach**, **Tuberkulose** und **Typhus**. Wie groß die Bedeutung ist, welche jeder einzelnen dieser Krankheiten während des schulpflichtigen Alters zukommt, zeigt ein Blick auf die nachstehenden Tabellen.

3. Von je 10 000 am 1. Januar lebenden männlichen Personen starben im Jahre 1902 an:

im Lebensjahre	Diphtherie	Keuchhusten	Masern und Röteln	Ruhr	Scharlach	Tuberkulose	Typhus
0—1	29,38	83,39	34,89	1,09	11,30	21,27	0,54
1—2	32,25	28,02	36,65	0,37	17,29	16,17	0,56
2—3	24,32	8,01	14,09	0,34	18,20	8,82	0,62
3—5	17,01	2,51	5,61	0,06	15,42	5,46	0,45
5—10	6,46	0,45	1,70	0,03	8,01	3,62	0,56
10—15	1,10	0,08	0,24	0,02	1,42	4,08	0,67
15—20	0,35	0,01	0,02	—	0,44	14,36	1,15
20—25	0,10	0,01	0,02	0,01	0,15	23,97	1,18
25—30	0,06	—	0,02	0,04	0,08	25,07	1,21
30—40	0,06	0,01	0,01	0,03	0,08	25,37	0,91
40—50	0,10	0,02	0,02	0,05	0,06	34,98	0,97
50—60	0,06	0,02	—	0,01	0,05	43,30	0,80
60—70	0,10	0,05	—	0,05	—	48,90	0,77
70—80	0,06	0,06	0,03	0,03	0,06	27,74	0,35
über 80	—	—	—	0,14	—	12,74	0,27
Zus.	4,26	3,69	2,95	0,08	3,29	20,72	0,84

Die furchtbare Bedeutung, welche die Diphtherie in früheren Jahren für die Kinderwelt hatte, kommt ihr, dank dem herrlichen Diphtherieheilserum v. Behring's, heute bei weitem nicht mehr zu. Immerhin steht sie noch im Vordergrund des Interesses und ist weiterer Eindämmung zugängig und bedürftig. Erheblich sind auch die Verheerungen, welche Keuchhusten, Scharlach und Masern unter unserer Kinderwelt anrichten, hinter ihnen allen bleibt die Tuberkulose anscheinend weit zurück. Dieser Eindruck ändert sich aber, sobald man die einzelnen Altersklassen für sich allein betrachtet.

Im ersten Lebensjahre starben an Keuchhusten 83,39, Masern 34,89, Diphtherie 29,38, Tuberkulose 21,27, Scharlach 11,30 von 10000; Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im zweiten Lebensjahre starben an Masern 36,65, Diphtherie 32,25, Keuchhusten 28,02, Scharlach 17,29, Tuberkulose 16,17 von 10000; Tuberkulose steht an fünfter Stelle.

Im dritten Lebensjahre starben an Diphtherie 24,32, Scharlach 18,20, Masern 14,09, Tuberkulose 8,82, Keuchhusten 8,01; von 10000 Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im vierten und fünften Lebensjahre starben an Diphtherie 17,01, Scharlach 15,42, Masern 5,61, Tuberkulose 5,46, Keuchhusten 2,51 von 10000; Tuberkulose steht an vierter Stelle.

Im sechsten bis zehnten Lebensjahre starben an Schlarlach 8,01, Diphtherie 6,46, Tuberkulose 3,62, Masern 1,70, Keuchhusten 0,45 von 10000; Tuberkulose steht an dritter Stelle.

Im elften bis fünfzehnten Lebensjahre starben an Tuberkulose 4,08, Scharlach 1,42, Diphtherie 1,10, Typhus 0,67, Masern 0,24 von 10000; Tuberkulose steht an erster Stelle.

Es zeigt sich, daß die mit Recht sogenannten „Kinderkrankheiten", namentlich Keuchhusten und Masern, ihre hauptsächlichsten Verheerungen in den Jahren vor Beginn des schulpflichtigen Alters anrichten, und daß die Schule vielleicht nicht einmal der richtige Ort ist, um ihnen mit Erfolg entgegenzutreten, daß dagegen der Hauptfeind der Jugend während des schulpflichtigen Alters die Tuberkulose ist, und daß der Schwerpunkt der Seuchenbekämpfung während des schulpflichtigen Lebensalters auf die Bekämpfung der Tuberkulose gelegt werden muß.

Genau dasselbe lehrt ein Blick auf die nachstehende Tabelle, welche sich auf das weibliche Geschlecht bezieht.

4. Von je 10000 am 1. Januar lebenden weiblichen Personen starben im Jahre 1902 an:

im Lebensjahre	Diphtherie	Keuchhusten	Masern und Röteln	Ruhr	Scharlach	Tuberkulose	Typhus
0—1	24,32	86,01	30,88	0,77	10,39	18,03	0,51
1—2	27,27	33,18	35,69	0,35	15,26	14,42	0,35
2—3	21,49	11,27	15,05	0,15	16.92	8,20	0,52
3—5	16,72	3,31	6,61	0,10	14,44	6,34	0,64
5—10	6.91	0,68	1,90	0,03	8,05	5,32	0,63
10—15	1,59	0,12	0,42	0,01	1,91	7,61	0,85
15—20	0,33	0,02	0,04	0,02	0,47	16,54	1,04
20—25	0,18	0,01	0,03	0,01	0,10	21,02	0,97
25—30	0,13	—	0,02	0,02	0.19	24,68	0,99
30—40	0,03	0,01	0,01	0,01	0,14	23,77	0,88
40—50	0,06	0,01	—	0,02	0,04	21,59	0,60
50—60	0,04	0,04	—	0,04	0,01	23,53	0,77
60—70	0,05	0,05	—	0,15	0,01	30,72	0,87
70—80	0,05	0,05	0,02	0,07	—	20,06	0,56
über 80	—	0,10	—	0,10	—	8,96	0,10
zus.	3,83	3,89	2,81	0,07	3,07	17,41	0,78

Bei dem weiblichen Geschlecht nimmt die Tuberkulose unter den 7 oben angeführten Infektionskrankheiten im 1. Lebensjahre die vierte, im 2. und 3. Lebensjahre die fünfte, im 4. und 5. die vierte, im 6. bis 10. die dritte, im 11. bis 15. die erste Stelle ein, um sie von da an bis zum 80. Lebensjahre unbestritten zu behaupten. Während des größten Teils des schulpflichtigen Alters verliert also auch das weibliche ebenso wie das männliche Geschlecht die meisten Toten durch Tuberkulose.

Durch diese Zahlen sind aber die Verluste durch Tuberkulose keineswegs erschöpft. Bekanntlich verläuft die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter nicht selten unter dem Bild der Hirnhautentzündung, manche Fälle davon verbergen sich auch unter der Bezeichnung Luftröhrenentzündung und Lungenkatarrh, Lungen- und Brustfellentzündung und andere Lungenkrankheiten, so daß wir durchaus berechtigt sind, die Opfer der Tuberkulose unter der schulpflichtigen Jugend noch höher zu veranschlagen, als dies nach dem Ergebnis der Statistik geschehen ist.

Es ist nicht die Absicht dieser Zeilen, Beunruhigung hervorzurufen oder Vorwürfe zu erheben. Namentlich Letzteres wäre sehr unangebracht, denn wohl in kaum einem Lande ist in den letzten Jahren soviel zur Unterhaltung der Schule und zur Hebung der Schulgesundheitspflege geschehen wie in Preußen. Nicht nur in den großen Städten und nicht nur für die höheren Schulen haben sich nach allen Regeln der Hygiene erbaute Schulpaläste erhoben, auch in kleinen Orten und auf dem Lande nimmt die Zahl der einwandsfreien Schulgebäude von Jahr zu Jahr zu, gute Beleuchtung, ausreichende Lüftung, zweckmäßige Bestuhlung sind Eigenschaften, die bei immer weniger Schulen vermißt werden. Und doch dies betrübende Ergebnis, daß die Tuberkulose im schulpflichtigen Alter eher zu- als abgenommen hat? Woran liegt das?

Der Grund dafür kann nur darin liegen, daß die bisher getroffenen Maßregeln zur Einschränkung der Tuberkulose nicht ausreichend gewesen sind. Die hier vorhandene Lücke muß aufgesucht und ausgefüllt werden, wenn man an der allgemeinen Abnahme der Tuberkulosesterblichkeit auch das schulpflichtige Alter teilnehmen zu sehen wünscht. Wie soll das geschehen?

Manch Einer ist versucht zu antworten: So müssen wir noch schönere Schulpaläste bauen und für noch bessere Beleuchtung und Lüftung, für noch zweckmäßigere Subsilien, für eine noch gesundheitsgemäßere Ausgestaltung des Lehrplans usw. sorgen, kurz noch mehr Schulhygiene treiben. In der Tat haben die

Autoren, welche sich mit der Tuberkulose in der Schule beschäftigt haben, diese Antwort erteilt. Nichtsdestoweniger halte ich diese Antwort nicht für zutreffend. So wenig wir durch die Hebung der allgemeinen Hygiene der Cholera, der Pest und des Typhus Herr werden können, so wenig werden wir durch die Vervollkommnung der Schulhygiene die Tuberkulose in der Schule besiegen. Wir werden dieses Ziel nur dann erreichen, wenn wir die tuberkulösen Menschen heraussuchen und sie behandeln und womöglich heilen, jedenfalls aber daran hindern, ihr trauriges Leiden auf Gesunde zu übertragen. Das ist das Einzige, was Erfolg verspricht, aber einen glänzenden Erfolg, wenn es mit Energie zur Durchführung gelangt. (Fortsetzung folgt.)

Der Fall Berger und die ärztliche Sachverständigentätigkeit.

Von
Medizinalrat **Dr. Leppmann.**

Soeben ist vor dem Schwurgericht des hiesigen Landgerichts I eine Verhandlung zu Ende geführt worden, welche das Interesse der Bevölkerung bis zum letzten Augenblick in Spannung hielt.

Zunächst waren es die schauerlichen Umstände der Tat, die Tötung und Zerstückelung eines 8jährigen Mädchens, welche diesen Fall zu einem besonderen machten, sodann gewährte die Verhandlung wieder einmal einen genauen Einblick in die Welt des Dirnen- und Zuhältertums, in die Art, wie diese antisozialen Elemente dank unserer Gesetzgebung ungesondert von der kleinbürgerlichen und Arbeiterbevölkerung leben, und erregte dadurch eine Art Schauer in der besseren Gesellschaft, dessen Wirkung, wie die Erfahrung in der Vergangenheit lehrt, leider immer längst verflogen ist, wenn es gilt, durch gesetzgeberische Maßnahmen derartige Zustände zu mildern. Was aber die Spannung und Aufmerksamkeit Vieler besonders aufstachelte, das war die Annahme, daß es sich um einen Lustmord handelte, und wer die Regungen der sogenannten Volksseele, d. h. die Gedanken und Empfindungen des Durchschnitts einer Mehrheit von Mitmenschen, namentlich aus den unteren Schichten, kennt, der wird sich nicht verhehlen, daß alle Dinge, welche in dunkler Beziehung zu dem Geschlechtsleben und zu Geschlechtsregungen stehen, von jenen Kreisen mit einer an Lüsternheit streifenden Neugierde aufgenommen werden.

Aber auch für den, welcher von einer etwas höheren Warte die Ereignisse im Gerichtssaal beobachtete, hatte der Prozeß manches besonders Lehrreiche. Und dieses gipfelte speziell für den Arzt und den gerichtlichen Sachverständigen darin, daß die Anklage ausschließlich auf einem komplizierten Indizienbeweis beruhte, und daß wesentlich, ja man kann fast sagen ausschlaggebend, bei diesem Indizienbeweis die ärztliche Sachverständigentätigkeit war.

Wenn ich die Tatsachen hier nach dem Gedächtnis kurz wiederhole, so war an einem Tage im Juni d. J. das Kind einer Arbeiterfamilie in der Ackerstrasse um 1 Uhr mittags aus der Wohnung der Eltern fortgegangen in der Absicht, das eine halbe Etage höhere Klosett zu benutzen. Trotzdem die Mutter kurze Zeit, d. h. ungefähr eine Stunde nach dem Verschwinden, den Verbleib des Kindes zu erforschen begann, fand sie keine Spur desselben. Am nächstnächsten Tage wurde der Rumpf des Kindes und die Beine in der Spree und einige Tage später der Kopf mit den Händen zusammengeschnürt im Schiffahrtskanal gefunden.

Der Verdacht mußte sich auf einen der Hausbewohner lenken, da Niemand das kleine Mädchen zu der angegebenen Zeit aus dem Hause hatte herausgehen sehen, und da ferner das Kind der Mutter gegenüber bei Warnungen derselben versichert hatte, sie werde niemals von einem fremden Manne sich anlocken lassen. Nachdem der Verdacht gegen andere Hausbewohner sich als nicht stichhaltig erwiesen hatte, blieb er auf dem Gelegenheitsarbeiter, wie er genannt wurde, bezw. Händler Berger haften, welcher Tür an Tür mit den Eltern der Ermordeten als mehrfach bestrafter Zuhälter einer Sittendirne wohnte, die an dem in Betracht kommenden Tage im Gefängnisse sich befand. Tatsache war, daß Berger zur Zeit des Mordes in der Wohnung jener Dirne war, ferner, daß er nachts zuvor eine Bierreise unternommen hatte, von welcher er ohne einen Pfennig Geld wiedergekehrt war. Er war bei der Rückkehr keinesfalls hochgradig berauscht, wenn auch nach seinem Verhalten für den, welcher seine Eigentümlichkeiten kannte, eine gewisse Rauschwirkung wahrscheinlich war.

In der Wohnung der Dirne fehlte ein kleiner Reisekorb, welchen er angeblich einer Straßendirne als Lohn gegeben hatte, die er in der Nacht nach dem Morde ohne die Möglichkeit einer baren Entlohnung in die Wohnung seiner noch in Haft befindlichen Dirne mitgenommen haben wollte.

Dieser Reisekorb, welcher durch eine eigentümlich schiefe Form etwas Charakteristisches hatte, wurde in der Nähe der Leichenteile treibend aus der Spree gefischt. In Bergers Privatwohnung fand sich Schnur von der Form, wie sie zur Zusammenbindung der Leichenteile benutzt war. Um die Leichenteile herum befanden sich Blätter von einer Zeitung wie sie von der Inhaberin der in Betracht kommenden Wohnung, allerdings auch von vielen andern Personen in jener Stadtgegend, gehalten wurde. Tatsache war ferner, daß die Ermordete den Berger kannte, da sie der Dirne desselben öfters Gänge besorgte und auch mit dem Hunde des Berger, der sich in der in Betracht kommenden Wohnung befand, öfters spielte. Sie sprach sogar von dem Berger als von dem Onkel. Tatsache war ferner, daß Berger seine Dirne inständig gebeten hatte, von dem Verschwinden des Reisekorbes Andern nichts zu sagen..

Dies waren die allgemeinen Indizien. Zu diesen fügten die ärztlichen Sachverständigen, Prof. Dr. Straßmann und dessen Assistent Dr. Arthur Schulz, und im Anschluß daran der Chemiker Dr. Jeserich folgende gewichtige sachverständige Erhebungen:

1. Die Leichenteile waren nicht ausgeblutet. Es fanden sich Blutaustretungen an dem Ueberzuge des Herzbeutels und der Lunge und geringe Blutaustretungen im Gewebe einer Verletzung der Geschlechtsteile. Es waren nämlich Schamlippen, Hymen und Scheide durch die Wirkung einer stumpfen Gewalt bis in den Mastdarm hinein auseinandergerissen, und zwar schloß Prof. Straßmann aus dem Umfange und der Art der Beschädigung, daß dieselben nicht durch ein gesteiftes Glied, sondern durch einen härteren und umfangreicheren Gegenstand etwa durch einen oder mehrere Finger bewirkt war.

Prof. Straßmann schloß aus dem Befunde, daß von allen Todesarten die wahrscheinlichste der Erstickungstod in diesem Falle sei, und daß die Verletzungen der Schamteile wegen des geringen Umfanges des Blutaustrittes in die Gewebe vielleicht schon im Zustande schwacher Herztätigkeit, also beispielsweise in der Agone oder in der Betäubung zugefügt seien.

2. Die Trennungen der Glieder vom Rumpfe waren sicher nach völligem Tode ausgeführt worden. Dieselben zeigten keinerlei vitale Reaktion. Es waren dabei die Gelenke, mit ziemlich glatten Schnitten, aber ohne besondere Kunstfertigkeit aus den Pfannen gelöst, denn bei den Hautschnitten war mehrfach angesetzt, und von der vorderen Schulterblattspitze war ein Stück mit abgeschnitten worden. Außerdem war von den verletzten Geschlechtsteilen aus ein Schnitt ungefähr in der Mittellinie über die Schambeinfuge nach aufwärts geführt, welcher die Bauchhöhle nicht eröffnete. Dieser Schnitt war sicher nach dem

Tode gemacht und bedeutete nach Prof. Straßmanns Meinung nichts weiter als einen aufgegebenen Versuch, die Leiche in der Mitte auseinander zu teilen;

3. waren in dem aufgefundenen Korbe Blutspuren, welche zunächst durch das Mikroskop vermittels Nachweis der Formelemente als solche festgestellt und dann durch die biologische Methode als Menschenblut nachgewiesen wurden. (Blutspuren am mutmaßlichen Tatort und an den Kleidern des Angeklagten fehlten);

4. fanden sich an dem Geflecht des Korbes kleine Reste von Kleiderstoffen. Dr. Schulz wies an roten Fasern deren Uebereinstimmung mit Fasern aus dem wollenen Unterrock des Kindes, von dem sich Teile mit der Leiche zusammen vorfanden, und Dr. Jeserich wies am Korbe haftende dunkelblaue bezw. schwärzliche Fasern nach, die solchen aus dem Gewebe der Tragbänder des Röckchens des ermordeten Kindes glichen.

Die Sachverständigen äußerten sich mit der gebührenden Vorsicht. Sie sprachen nicht schlechtweg von der Identität der aufgefundenen Fasern mit denen der Kleidung des Kindes, sondern nur davon, daß der Befund mit der Möglichkeit einer Identität durchaus vereinbar sei. Dafür hielten aber ihre sehr sorgfältigen Untersuchungen und Schlußfolgerungen den Bemängelungen des von der Verteidigung im letzten Augenblicke zitierten Sachverständigen Dr. S. Engel siegreich stand, unterstützt durch das Gutachten des Professors Wassermann, der als der eine Erfinder der biologischen Methode besonders dazu berechtigt war, zu betonen, daß diese hier mit allen möglichen Kautelen ausgeführt war und daß auch die Schlüsse, welche aus der Abweichung der Farbennuance einzelner Wollfäden infolge Durchtränkung mit Resten von Blutfarbstoff gezogen wurden, durchaus berechtigt waren.

Zur Aufrollung des so bezeichneten Tatbestandes waren wohl über 100 Zeugen aufgeboten. Nur für einen Punkt, für die etwaigen Motive einer derartigen Tat und für die seelische Artung eines Menschen, den man einer solchen Tat für fähig erachten kann, war kein besonderer Beweis angetreten. Die Anklagebehörde meinte augenscheinlich, daß zur Erklärung des Zustandekommens einer derartigen Tat die allgemeine Lebenserfahrung genüge.

Die Anklage lautet auf Mord, also auf Tötung mit dem Vorsatz zu töten und mit der Ueberlegung bei der Planung und Ausführung der Tötung. Man mußte, um den Mord sich zu konstruieren, annehmen, daß entweder der Täter das Kind mit der geplanten Absicht es geschlechtlich zu benützen und dann zur Verhütung der Entdeckung der vollzogenen Geschlechtshandlung zu töten, an sich gelockt habe, oder daß das Zusammenkommen mit dem Kinde ein zufälliges gewesen sei, daß bei diesem zufälligen Zusammentreffen Geschlechtsbegierde entstand und betätigt wurde und dann erst die Ueberlegung stattfand, welche dazu führte, den Zeugen der Tat durch Tötung zu beseitigen. Gegen die zweite Möglichkeit sprach wohl schon der Umstand, daß nach der der Anklagebehörde bekannten Auffassung des Prof. Straßmann Tötung und Verletzung der Geschlechtsteile in engem zeitlichen Zusammenhang stehn mußten. — Es hätte also nahegelegen, zu erwägen, ob nicht in diesem Falle die Zuziehung von Sachverständigen erwünscht gewesen wäre, welche darüber Auskunft geben können, unter welchen Umständen und von welchen Motiven geleitet derartige Taten in der Regel begangen werden, und von welcher geistigen, sittlichen und sozialen Artung die Menschen sind, welche derartige Taten begehen.

Die Zuziehung von diesbezüglichen Sachverständigen war nicht vorgesehen. Hauptsächlich wohl deshalb, weil unsre Strafrechtspflege noch auf dem Standpunkt verharrt, der Sachverständige, welcher über Seelenzustände Bescheid wisse, habe nur den Beruf zu entscheiden bezw. zu erachten, ob es sich um eine Willensunfreiheit des Täters im Sinne des § 51 R. St. G. handle. Vielleicht kam auch in betracht, daß die Prozeßleitung der Meinung war, es seien ja gerichtsärztlich geschulte Sachverständige bei der Verhandlung, und diese seien ohne jede besondere Vorbereitung in der Lage, über jede, auch über die verwickelste Sonderfrage aus dem großen Gebiet der Heilkunde, im weitesten Sinne des Wortes genommen, im Augenblick Auskunft zu geben.

So verdankte ich nur einem Zufall meine Ladung kurz vor dem Beginn der Verhandlung, nämlich dem, daß ich bei einem Vortrag über die Psychologie des Mordes, welchen ich in der Psychologischen Gesellschaft hierselbst gehalten hatte, beiläufig gesagt hatte, Lustverbrechen seien meist keine Tötungen mit Vorsatz und Ueberlegung, sondern Augenblickshandlungen.

Als ich nun vor die Aufgabe gestellt war, allgemeine Ausführungen über die Psychologie des sogenannten Lustmordes zu machen, war ich mir wohl bewußt, daß ich mich dabei der größten Vorsicht befleißigen mußte. Ich hatte der Lustmordfrage immer ein besonderes Interesse gewidmet und hatte unter Zugrundelegung eines von der Internationalen Kriminalistischen Vereinigung gesammelten Tatsachenmaterials auf der Versammlung jener Vereinigung in Linz im Jahre 1895 einen Vortrag über die anthropologischen und sozialen Umstände derartiger Handlungen gehalten.

Ich mußte bei meinen Ausführungen dasselbe sagen, was ich schon damals anführte, daß wir über die Genese des Lustverbrechens eigentlich noch recht wenig wissen, und daß wissenschaftlich bearbeitet und analysiert vorwiegend nur die in ihren Umständen ganz ungewöhnlichen Fälle wären, während viele andere, deren systematische Bearbeitung zur Aufstellung allgemeinerer Gesichtspunkte notwendig wäre, nicht einmal in der Tagespresse eine allgemeinere Aufmerksamkeit erregen.

Deshalb stellte ich hauptsächlich zwei Gesichtspunkte meinen Ausführungen voran, welche ich auf grund meiner Erfahrungen für gesichert halte, nämlich den einen schon erwähnten, daß Lusttötungen in der Regel Augenblickshandlungen sind, und einen zweiten, daß zur Annahme einer Tötung aus wollüstigen Motiven nicht die gleichzeitige Annahme einer geistigen Verkehrtheit und Unfreiheit notwendig sei.

Im Einzelnen führte ich folgendes aus: Ein Teil der Lustmorde seien gar keine eigentlichen Lustmorde, d. h. keine Tötungen, bei denen in der Tötung selbst ein Motiv zur Erregung von Wollust liege. Es könne nämlich vorkommen, daß die Tötung aus anderen Motiven, z. B. aus Rache, stattfinde, und eine Verletzung der Geschlechtsteile vorgenommen werde, um durch Vortäuschung eines Lustmotivs den Verdacht in andre Wege zu lenken. Zweitens könne die Tötung auf eine aus normalen geschlechtlichen Motiven unternommene Gewalthandlung folgen, um die Gefahr der Entdeckung zu beseitigen. In diesem Fall kämen Entschluß und Ausführung in der Regel zeitlich eng zusammen. Drittens könne die Tötung mit dem Versuche einer Geschlechtsbetätigung gleichzeitig einhergehen, indem Gewalthandlungen zunächst darauf abzielten, den Widerstand des Opfers zu brechen, und der Erfolg entweder über die gewollte Absicht hinausginge, oder die neben der Geschlechtsbegierde einhergehende Furcht vor Entdeckung die Gewalthandlung im Moment der Ausführung bis zur Tötung mit der Absicht, zu töten, steigere.

Was nun die eigentlichen Lustverbrechen anbetrifft, so sind die Täter derselben nur in einer Minderzahl von Fällen Personen, deren Geschlechtsreiz auf die eine enge Bahn zusammengedrängt ist, daß sie nur in der Verübung todbringender Grausamkeit einen Wollustreiz empfinden. Gerade bei diesen echten und reinen Lustmördern geht nicht immer, wie man anzunehmen geneigt ist, mit der Tötung eine Verstümmelung der Geschlechtsteile, der äußeren oder der inneren, einher, sondern es handelt

sich bisweilen um Erwürgungen oder um Beifügung stark blutender Wunden, namentlich am Halse, also um Fälle wie der Verzenis, welchen Lombroso schildert.

Neben diesen eigentlichen Lustmördern gibt es aber Personen, welche eine Geschlechtshandlung mit dem Vorsatz normaler Geschlechtsbetätigung beginnen, und wo erst im Laufe der Ausführung die Grausamkeit als weiterer Wollustkitzel hinzutritt. Dieses Syndrom, wenn ich so sagen darf, tritt namentlich dann ein, wenn die Vollziehung des Geschlechtsakts in normaler Weise auf Hindernisse stößt, entweder wegen eines Mißverhältnisses zwischen den Geschlechtsteilen von Täter und Opfer, oder wegen einer dauernden oder vorübergehenden Geschlechtsschwäche des Täters. Letztere tritt am häufigsten bei Berauschungen bezw. unter der Nachwirkung reichlichen Alkoholgenusses in die Erscheinung, und in diesen Fällen kommt es in der Regel zu Verletzungen, ja zu Zerfleischungen der Geschlechtsteile. Grade dafür bot mir mein bisher noch nicht genau veröffentlichtes Material Anhaltspunkte, und es befanden sich unter den Tätern hauptsächlich Personen, welche im allgemeinen sittlich verkommen waren, und welche keine innerlichen Bedenken hatten, selbst den scheußlichsten Regungen einer augenblicklichen Leidenschaft irgend einen Zwang anzutun. Freilich hat ja die Zusammentragung einzelner Fälle durch einen Einzelnen nur einen bescheidenen Wert, aber es kommt dazu, daß auch bei andersartigen geschlechtlichen Gewalttaten ähnliche Momente sich ergeben.

Daß aber die Affektregungen der Wollust und der Grausamkeit im gesunden Seelenleben nahe Beziehungen haben, das beweisen manche völkerpsychologischen Beobachtungen, wie zum Beispiel die geschlechtliche Erregtheit von Soldaten nach dem Gemetzel einer Schlacht und die Ausführung gewisser Bußübungen.

Auch kommt es bei Personen, deren Geschlechtsleben sich später normal entwickelt, vor, daß die ersten Geschlechtsreize in der beginnenden Pubertätsentwicklung durch sadistische Vorstellungen und Handlungen ausgelöst werden.

Außer diesen allgemeinen Ausführungen erwuchs mir noch die Pflicht, mich über den Geisteszustand des Angeklagten und auch über den an ihm erhobenen Körperbefund zu äußern. Ich hatte nämlich im Laufe der Verhandlung den Auftrag erhalten, denselben zu untersuchen, und wenn es sich auch nur um eine einzige Rücksprache und Untersuchung gehandelt hatte, so kam dazu der Eindruck einer 8tägigen Verhandlung und die Feststellung des Vorlebens aus den Zeugenaussagen. Ich war mir wohl bewußt, daß dies nicht zu einer endgültigen Ausmittelung genügte und äußerte mich infolgedessen im Wesentlichen negativ dahin, daß sowohl die Erkundigung über Abstammung und vorausgegangene Erkrankungen, sowie die Art seines Vorlebens und der Gesamteindruck, den er machte, endlich auch das Ergebnis der körperlichen Untersuchung keine Anhaltspunkte für die Annahme einer krankhaften Artung gegeben hätten.

Auf einen Punkt bin ich mit Absicht nicht eingegangen, nämlich ob man einem Menschen, von dessen Geschlechtsleben man nur das erfuhr, daß er, wenn er angerauscht war, sehr sinnlich war, der aber sonst in seinem Zuhältertum sich normal geschlechtlich betätigte und eher kinderfeindlich als kinderlieb sich zeigte, ein Lustverbrechen an einem Kinde zutrauen könne. Ich wollte nicht hier zu Ungunsten des Angeklagten auf Erfahrungen mich beziehen, welche noch nicht veröffentlicht sind und daher der Kritik Sachkundiger noch nicht unterlegen haben. Dr. F. Leppmann hat nämlich auf meine Anregung eine größere Zahl von Sittlichkeitsverbrechen an Kindern, deren Täter die Strafanstalt Moabit passiert haben, analysiert. Es ergibt sich daraus die Tatsache, daß nur ein sehr kleiner Teil der Täter infolge einseitigen Geschlechtsbegehrs zu unerwachsenen Personen zu ihrer Tat getrieben werden, sondern daß dabei eine Reihe anderer Umstände mitwirken, wie starke Sinnlichkeit mit Wahllosigkeit in ästhetischer und ethischer Beziehung, Berauschung sinnlich erregende Situationen bei dem Fehlen einer Augenblicksgelegenheit zu anderweitiger Betätigung usw.

Kommen wir auf unsern Fall zurück, so haben die Geschworenen die vorliegenden Indizien für ausreichend befunden, um den Angeklagten zu verurteilen. Und zwar ist die Verurteilung erfolgt wegen Sittlichkeitsverbrechens und Totschlag. Ob und inwieweit meine Ausführungen zu diesem Wahrspruch beigetragen haben, vermag ich nicht zu beurteilen. Vielleicht dienten sie dazu, daß das Moment der Ueberlegung bei der Tötung verneint wurde. Möglicherweise fügten auch die vorgetragenen Erfahrungen über die Artung derjenigen Lustmörder, bei denen die Grausamkeitsbetätigung erst im Verlauf einer Geschlechtsattacke auftritt, ein Steinchen mehr in das Mosaik des Indizienbeweises.

Jedenfalls hat die Verhandlung bewiesen, daß der Seelenarzt danach streben muß, vor dem Strafgericht mehr zu sein, als ein bloßer Gesund- oder Krankerklärer, und daß er dazu bestimmt ist, durch psychologische und anthropologische Analyse der Tat und des Angeklagten zur Rechtsfindung beizutragen.

Freilich ist unser Rüstzeug zu diesen Aufgaben noch schwach bestellt, und namentlich müßte den ärztlichen Forschern noch viel ausgiebiger und leichter die Gelegenheit gegeben sein, Strafprozeßakten, aus denen heut nur einige statistische Daten verwertet werden, durchzuarbeiten, um daraus den wissenschaftlichen Besitzstand der Kriminalanthropologie und Kriminalsoziologie zu vermehren.

Ueber zwitterhafte Menschen.

Eine Bitte um Mitteilung einschlägiger Erfahrungen.

Von

Dr. P. Stolper

a. o. Professor der gerichtlichen Medizin in Göttingen.

(Dazu 5 Abbildungen.)

Die Erfahrungen des Einzelnen über zwitterhafte Erscheinungen am Menschen können naturgemäß nur geringe sein. Dementsprechend vermag uns auch die bezügliche Litteratur nicht befriedigende Aufschlüsse zu geben über gewisse, allgemein-medizinisch wichtige, interessante Gesichtspunkte.

Ich bin indes geneigt zu glauben, daß viele Kollegen anläßlich einer oder mehrerer Beobachtungen sich mit dem Gegenstande befaßt haben, aber in der Litteratur damit nicht herausgetreten sind, weil es bedenklich ist, aus seinem kleinen Wirkungskreise derartige Fälle zu publizieren. Die Befürchtung, daß sich die Beschriebenen wieder erkennen, ist nur zu berechtigt.

Was in der älteren Litteratur darüber niedergelegt ist, berücksichtigt zumeist nicht die Ergebnisse entwicklungsgeschichtlicher Forschung, nicht das Tatsachenmaterial der embryologischen und vergleichend anatomischen Studien über die Entwicklung des Urogenitalapparats der Menschen und Tiere. Die neuere Litteratur andererseits „über Homosexualität“ — „physisch-somatische Hermaphrodisie“ — „sexuelle Zwischenstufen“ und wie die termini technici alle lauten, tragen nach meinem Dafürhalten den anatomischen Verhältnissen der Sexualorgane wie des Gesamtindividuums ganz ungenügend Rechnung.

Die im Interesse der Homosexualen von Laien, Juristen und Aerzten vielfach unterstützte Petition um Aufhebung des § 175 des Strafgesetzbuches (widernatürliche Unzucht zwischen Personen männlichen Geschlechts), nimmt die zwittrige Anlage des Menschen als gegeben an, ob indes mit Recht, steht m. E. noch dahin.

Ueber Fälle von ausgesprochenem Habitus femininus bezw. masculinus bei Individuen mit entgegengesetzter Beschaffenheit der äußeren Geschlechtsorgane haben nur wenig Autoren hinreichend große Eigenerfahrung. Die Bedeutung der Geschlechtsdrüsen vom Standpunkt des Altruismus ist neuerdings von mancher Seite erörtert, aber keinesfalls so geklärt, daß man in den Fragen schon jetzt mit voller Entschiedenheit Stellung nehmen könnte.

Das aber erscheint dringend erwünscht mit Rücksicht auf die Reform des Strafgesetzbuches und auf die Sachverständigentätigkeit vor Gericht überhaupt.

Aus diesen Gründen scheint es mir notwendig, daß sich alle Aerzte an einer Sammelforschung über die einschlägigen Fragen beteiligen, daß einmal Mitteilungen über derartige Beobachtungen in größerer Zahl zusammengetragen und von einer Hand gesichtet werden. Dafür sind keineswegs die vor Gericht zur Erörterung kommenden Fälle besonders wichtig, wertvoller fast sind mir Beobachtungen des Hausarztes, Wahrnehmungen, die nebenher, zufällig, unbefangen, ohne kriminellen Beigeschmack gemacht wurden. Das Beschreiben dieser Zustände ist freilich nicht leicht und oft allzu subjektiv. Vor das photographische Objektiv solche Patienten zu bringen, wäre das beste, es gelingt aber nur höchst selten. Dazu ist Interesse und Verständnis für derartige an sich überaus interessante Verhältnisse nicht überall genug vorhanden. Aber es genügt vielleicht ein Hinweis wie dieser, auf die forensische Bedeutung derartiger zufälliger Beobachtungen, um das Interesse bei den Herren Kollegen zu beleben.

Ich wäre in hohem Maße dankbar für einschlägige Mitteilung solcher Beobachtungen seitens der Herren Kollegen, für einfache Beschreibungen, für Photographien, für Hinweise auf Publikationen, in denen vielleicht nebenher nur derartige Beobachtungen gemacht sind, die darum nicht ohne weiteres auffindbar.

In erster Linie wäre wichtig zu wissen:

I. Wie viele Aerzte haben überhaupt Individuen beobachtet, deren äußere Genitalien so gebildet waren, daß Zweifel über das Geschlecht bestehen konnten? Am Neugeborenen? Am älteren Kinde? Am Erwachsenen? Sind daraus irgend welche Streitfragen entstanden? Wie wurden diese entschieden?

II. Ist, und zwar mit bezw. ohne zwitterhafte Anlage der äußeren Geschlechtsorgane, zwitterhafter Gesamthabitus beobachtet worden, nämlich habitus femininus bei Individuen mit männlichen äußeren Geschlechtsorganen, habitus masculinus bei solchen mit weiblichen?

III. Sehr wertvoll wäre es festzustellen, wie oft bei habitus femininus eines Mannes Hodenatrophie vorkommt.

IV. Endlich — sind bei den anatomisch zwitterhaften Menschen homosexuale Neigungen beobachtet?

Zur Feststellung des perversen Habitus sind, wie ich hinzufügen darf, besonders zu beachten:

- Gesichtsbildung — ob männlich oder weiblich.
- Bartentwicklung,
- Entwicklung der Mammae.
- Form des knöchernen Beckens.
- Muskelkonturen,
- Form des Schamhaarfeldes, das beim Manne in der Mitte der oberen Begrenzung der Regel nach einen Fortsatz zu den Haaren der linealba schickt, beim Weibe nicht,
- Ob überhaupt Schamhaare vorhanden.
- Charakter der Stimme, männlich — weiblich.
- Charakterbildung. Temperament,
- Sexuelle Neigungen,
- Liegt Geisteskrankheit bezw. erbliche Veranlagung für solche vor?

Ueber Pseudohermaphroditismus mit äußeren Geschlechtsorganen, die zu Zweifeln oder Irrtümern Anlaß gaben, berichten die gerichtlich-medizinischen Lehrbücher mancherlei, über Individuen mit eindeutiger Geschlechtsanlage, aber zwitterhaften Gesamthabitus sind die Mitteilungen spärlich, was bei der Riesenliteratur über Homosexualität auffallend ist. Ich vermeide absichtlich mich über meine Stellungnahme zu diesen Fragen heut schon zu äußern, um keinen der etwa Beisteuernden in seinem Urteil irgendwie zu beeinflussen.

Vielleicht ist die kurze Mitteilung von drei Beobachtungen, die ich selbst so ganz zufällig gemacht habe, am ehesten geeignet, zu solchen Beiträgen anzuregen. Es sind Fälle von ausgesprochenem Habitus femininus.

I. Im Jahre 1895 kam der in Fig. 1 abgebildete 33jährige Bergmann J. B. aus L. in Oberschlesien, dem Namen und der



Fig. 1.

Sprache nach Pole, wegen Bruchs der linken Speiche dicht am Handgelenk in das Knappschafts-Lazarett zu Königshütte O.-S. Er bot ausgesprochenen Habitus femininus dar, hatte eine hohe durchaus weibliche Stimme, ein wenig männliches, völlig bartloses Gesicht, durchaus unmännliches Betragen.

Die äußeren Geschlechtsorgane waren zwar ausgesprochen männlich gebildet, aber Penis (5 cm) und Scrotum auffallend klein. In letzterem waren die Hoden nicht fühlbar, sie fanden sich auch nicht im Leistenkanal. Der 33jährige Mann hatte keine Spur von Schamhaar, bei flachem, aber breitem Brustkorb ein auffallend breit ausladendes Becken. Die Form der Kreuzgegend, die zarten Muskelkonturen am Rücken, den Armen und Beinen vervollständigten den weiblichen Charakter dieses Körpers.

B. war seit 6 Jahren kinderlos verheiratet und ist auch 4 Jahre später noch kinderlos gewesen. Er behauptete Potentia coeundi zu haben. Ueber homosexuale Neigungen habe ich ihn nicht befragt.

II. Den 31jährigen Bergmann J. P. aus demselben Ort bekam ich im darauffolgenden Jahre zur Beobachtung. Er, eben-



Fig. 2.



Fig 3.

falls polnisch sprechend, mit polnischem Namen, litt an Ulcus molle praeputii und behauptete, daß er diese Krankheit von seiner Frau habe, mit der er 5 Jahre verheiratet, die ihm aber nachweislich untreu sei, wie dies auch Erhebungen bestätigten.

Der 162 cm große Mann (Fig. 2 u. 3) bot ein völlig bartloses Gesicht, keine ausgesprochen weibliche Stimme, ein ängstliches, scheues Wesen. Die breite Beckenausladung gab auch dem Rucken ausgesprochen weibliche Form. Die Gliedmaßen- und Rumpfmuskulatur zeigten wenig scharfe Konturen, der Knochenbau ließ im allgemeinen das Ueberstehen von Rachitis annehmen. Auch seine äußeren Geschlechtsteile waren ausgesprochen männlich, aber ebenfalls sehr klein im ganzen (Penis nach Rückgang der entzündlichen Phimose 4 cm lang). Der linke Hoden fehlte im Hodensack und in der Leiste, der rechte war



Fig. 4.

sehr klein und hart. Das Schamhaarfeld hatte die weibliche Form der Begrenzung nach oben, nicht die bei Männern gewöhnliche Zacke in der Mitte, die mit der Spitze in das Haar der Linea alba ausläuft (also weiblich ‿, männlich ‿‿).

P. gab an, daß ihm die kümmerliche Entwicklung seiner Genitalien schon als Knabe zum Bewußtsein gekommen sei. Homosexuale Empfindungen hat er nie gehabt, angeblich auch nie von derlei Dingen gehört.

III. Der dritte Fall ist mir erst jüngst gelegentlich der Untersuchung auf Diensttauglichkeit begegnet. Figur 4 mußte leider aus naheliegenden Gründen das Gesicht weglassen.

Der 38jährige Mann fiel mir durch sein auffallend weibliches, nie rasiertes, bartloses Gesicht sofort auf. Die stark entwickelten Brüste treten auf der Photographie deutlich hervor, die weiblich breite Beckenform ist nicht zu verkennen, und die weichen Muskelkonturen, sowie der breite Durchmesser der Kreuzgegend vervollständigen das Bild des Habitus femininus Auch hier ist der Penis unverhältnismäßig klein, ebenso der Hodensack, in dem beide Hoden fehlen. Dazu war — auf dem Bilde nicht genügend deutlich — eine verschiedene Faltenbildung im Bereich der Hodensackhaut erkennbar: die distale Hälfte beiderseits stark gerunzelt und scharf abgesetzt gegen die faltenlose, nicht gerunzelte proximale.



Fig. 5.

Von Schamhaar keine Spur.

Auch dieser Mann hatte sich über Untreue seiner Ehefrau zu beklagen, die ihm in 12jähriger Ehe 3 Kinder geboren, aber, wie er selbst wehmütig vermutet, vielleicht nicht von ihm. Die Art, wie er davon spricht, ist durchaus unmännlich und doch auch nicht die eines Lebemannes mit laxer Moral. — Er leugnet in durchaus glaubhafter Weise homosexuale Empfindungen, schildert glaubhaft, daß er Erektionen und Ejakulationen habe bei sexuell anregender Lektüre wie auch im Ehebett. Er hat oft darüber nachgedacht, warum seine Genitalorgane soviel kleiner als er sie bei anderen Personen gesehen, hat aber an klassischen Skulpturen seine eigenen Verhältnisse wiederzufinden gemeint. Der Gedanke, daß er impotent sei, ist ihm anscheinend gelegentlich gekommen, seit er von der Untreue seiner Ehefrau Kenntnis hat. Im Interesse seiner Kinder vermeidet er die Konsequenzen aus dieser Erkenntnis zu ziehen.

Ich bin gern bereit, etwa an mich eingesandtes Material unter voller Berücksichtigung aller Wünsche zu sichten, darüber mit den Einsendern zu korrespondieren, und glaube, daß damit der ärztlichen Wissenschaft und der Sachverständigentätigkeit von jedem Beitragenden ein Dienst erwiesen würde. Denn wenn auch das bürgerliche Gesetzbuch für das Deutsche Reich den Begriff „Zwitter", wie ich meine wohlbegründeter Maßen, hat fallen lassen, so sind doch diejenigen Individuen, die mehr oder

weniger berechtigte Zweifel über ihre Geschlechtszugehörigkeit zulassen, keineswegs aus der Welt geschafft. Authentisches über sie, über ihre Zahl, über ihre sexuellen Neigungen aber läßt sich nur durch die Mitarbeit der Summe aller oder sehr vieler praktischer Aerzte gewinnen.

Ueber Unfallbegutachtung bei zweifelhafter Sachlage.

Von

Prof. **R. Stern**-Breslau.

Unter den Aufgaben, welche die Unfallbegutachtung dem Arzte stellt, dürfte die Entscheidung über den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfällen und inneren Krankheiten am schwierigsten sein. Hier kommen nicht selten Fälle zur Begutachtung, in denen die Sachlage zweifelhaft, die Entscheidung schwierig oder unmöglich ist. Versucht man, den Gründen nachzugehen, aus denen sich eine derartige Unsicherheit bei der Begutachtung ergibt, so kann man diese, soweit ich sehe, in drei Gruppen einteilen.

1) Ungenügende Feststellung des Tatbestandes,
2) anscheinendes Fehlen einer Kontinuität zwischen Unfall und Entwickelung der Krankheit,
3) Mängel unserer gegenwärtigen Kenntnisse über die Bedeutung des Traumas für die Entstehung von Krankheiten.

Ungenügende Feststellung des Tatbestandes ist wohl am häufigsten daran schuld, daß die Begutachtung von Unfallfolgen auf nicht überwindliche Schwierigkeiten stößt. Schon der Hergang des Unfalls kann aus mannigfachen Gründen (z. B. Mangel an Zeugen, verspätete Unfallanmeldung u. s. w.) zweifelhaft sein. Fast noch häufiger erschwert der Mangel einer genügenden ärztlichen Beobachtung der Folgen des Unfalls und der Entwicklung der Krankheit, die später als Unfallfolge angegeben wird, die Begutachtung. Findet sich z. B. in der Unfallanzeige als Diagnose „Brustquetschung", liegt dann aus den nächsten Monaten überhaupt kein ärztliches Attest vor, das einen Untersuchungsbefund der Brustorgane enthält, so ist es selbstverständlich unmöglich, zu entscheiden, ob eine Lungentuberkulose, welche bei dem von dem Unfall Betroffenen nach einem Jahre oder später erhebliche Krankheitserscheinungen macht, durch den Unfall hervorgerufen oder verschlimmert worden ist.

Für die Beurteilung des Zusammenhanges zwischen einem Unfall und einer Krankheit ist die Beobachtung der Entwicklung der letzteren von größter Bedeutung. Die große Fehlerquelle, die durch mangelnde ärztliche Beobachtung in den ersten Wochen und Monaten gegeben ist, ist aber vielfach vermeidbar. Hier sollten die Berufsgenossenschaften eingreifen, indem sie in jedem Falle, in welchem nach dem Hergange des Unfalls eine Verletzung innerer Organe auch nur möglich erscheint — also zum Beispiel nach jeder stärkeren Quetschung der Brust oder des Bauches — eine genaue Untersuchung des ganzen Körpers durch ihre Vertrauensärzte bald nach dem Unfall und auch später in gewissen Zwischenräumen veranlassen. Allerdings ist zuzugeben, daß vielfach die verspätete Anmeldung des Unfalls — die oft erst erfolgt, wenn die Krankheit, um die es sich handelt, bereits ziemlich vorgeschritten ist, — die ärztliche Beobachtung der Krankheits-Entwicklung unmöglich macht.

Es gibt andererseits Fälle, in denen zwar der Tatbestand genügend festgestellt ist, aber der Sachverhalt selbst zu Schwierigkeiten der ärztlichen Beurteilung Anlaß gibt. Das sind zunächst solche, in denen die Krankheit sich erst einige Zeit nach dem Unfall zu entwickeln scheint, während unmittelbare Folgeerscheinungen an den in Betracht kommenden Organen nicht nachweisbar oder mindestens nicht auffällig waren. Man liest in manchen Büchern und Arbeiten über Unfallbegutachtung: um anzunehmen, daß eine Krankheit Folge eines Unfalls sei, müsse eine Kontinuität der Krankheitserscheinungen mit dem Unfall bestehen. Das ist an und für sich natürlich richtig; aber nachweisbar braucht eine derartige Kontinuität für die ärztliche Beobachtung nicht zu sein. Viele innere Krankheiten entwickeln sich unmerklich und können viele Monate oder selbst Jahre latent, d. h. symptomlos bleiben. Als Beispiel hierfür habe ich schon bei einer früheren Gelegenheit die traumatischen Hirnabscesse angeführt, die zuweilen erst Jahre nach der Verletzung Symptome machen, während der autoptische Befund nicht selten den Zusammenhang mit dem Trauma nachweisen läßt oder doch sehr wahrscheinlich macht.

Wir sind demnach sicher nicht berechtigt, den ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit wegen des Mangels einer nachweisbaren Kontinuität abzulehnen. Vielmehr müssen wir uns in derartigen Fällen die Frage vorlegen, ob das „freie Intervall" zwischen dem Trauma und den ersten Krankheitssymptomen mit unseren sonstigen ärztlichen Erfahrungen vereinbar ist, ob wir trotz dieses Intervalls es für wahrscheinlich halten dürfen, daß der Unfall eine Wirkung auf die Entwicklung der Krankheit gehabt hat. Eine sichere Entscheidung ist in derartigen Fällen meist nicht möglich, außer wenn eine Operation oder die Obduktion den Zusammenhang der Krankheit mit dem vorangegangenen Unfall erweist.

Endlich gibt es Fälle, in denen nach dem gegenwärtigen Stande unseres ärztlichen Wissens eine Entscheidung der Frage, ob zwischen Unfall und Krankheit ein ursächlicher Zusammenhang besteht, unmöglich ist. Wir müssen uns daran erinnern, daß ein unmittelbarer und zwingender Kausalzusammenhang nur zwischen dem Trauma und den von ihm gesetzten Verletzungen besteht. So macht Zerreißung einer Herzklappe Insuffizienz derselben, Durchschneidung oder schwere Quetschung eines motorischen Nerven Lähmung der zugehörigen Muskeln usw. Für alle anderen Folgen, also für sämtliche Krankheitsprozesse im engeren Sinne des Wortes, kommt dem Trauma nur die Rolle eines auslösenden oder begünstigenden Momentes zu. Ist die Aetiologie einer Krankheit noch völlig unsicher, dann können wir auch nicht beurteilen, ob ein Trauma einen auslösenden oder begünstigenden Einfluß auf die Entwicklung dieser Krankheit haben kann. So liegt die Sache z. B. für die bösartigen Geschwülste und für die Leukämie. Zu einer klaren Erkenntnis der Bedeutung des Traumas bei diesen Krankheitsprozessen werden wir erst gelangen können, wenn ihre Aetiologie geklärt sein wird. Würde z. B. der vielfach behauptete, aber bisher nicht erwiesene infektiöse Ursprung dieser Erkrankungen nachgewiesen werden, dann würden wir auch die Bedeutung des Traumas für ihre Entwicklung besser verstehen können. Vorläufig können wir nur sagen, daß die Entwicklung dieser Krankheiten zwar öfters nach Unfällen beobachtet worden ist, daß aber eine Entscheidung darüber, ob hier ein ursächlicher Zusammenhang vorliegt, zur Zeit nicht möglich ist. Es würde offenbar unrichtig und ungerecht sein, die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges in derartigen Fällen abzulehnen. Aber andrerseits ist es auch durchaus verfehlt, von der traumatischen Entstehung des Carcinoms oder der Leukämie wie von einer gesicherten wissenschaftlichen Tatsache zu reden. Der ärztliche Gutachter muß meines Erachtens in solchen Fällen offen eingestehen, daß der jetzige Stand der Wissenschaft nicht erlaubt, ein sicheres Urteil abzugeben.

Selbstverständlich kombinieren sich in der Praxis häufig verschiedene Gründe für die Unsicherheit der Beurteilung. So ist es sehr häufig, daß gerade in Folge verspäteter Unfall-Anmeldung

oder mangelhafter ärztlicher Beobachtung die Kontinuität zwischen dem Unfall und der später sich entwickelnden Krankheit nicht nachgewiesen werden kann. Gleichviel jedoch aus welchen Gründen die Unsicherheit resultiert, jedenfalls hat der ärztliche Sachverständige die Aufgabe, ein möglichst klares Bild von dem Tatbestande zu geben und hierbei auseinanderzusetzen, aus welchen Gründen Zweifel bezüglich der zu entscheidenden Frage bestehen. Lassen sich Momente, welche einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Krankheit wahrscheinlicher machen als eine bloße zeitliche Aufeinanderfolge, nicht angeben, so muß der Sachverständige zu einem „non liquet“ gelangen. Dies geschieht in der Praxis der Unfallbegutachtung sehr selten, — wie es scheint, deshalb, weil die als Sachverständige fungierenden Aerzte der Ansicht sind, sie müssten unter allen Umständen ein bestimmtes Urteil abgeben. So wünschenswert letzteres auch für die entscheidenden Behörden ist, so muß doch der Arzt stets auf dem Boden der Tatsachen bleiben und darf sich nicht — z. B. durch den Wunsch, dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen eine Unfallrente zu verschaffen, — bestimmen lassen, unsichere Behauptungen mit dem Scheine der Sicherheit vorzutragen.

Wer viele Unfallgutachten zu lesen bekommt, wird mir beistimmen, daß nicht ganz selten in derselben Unfallsache von dem einen Arzte die eine, von dem anderen die entgegengesetzte Ansicht über die Frage des Zusammenhanges zwischen Unfall und Krankheit mit größter Bestimmtheit vertreten wird, während in Wirklichkeit beide Annahmen gleich unsicher sind. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß es sowohl für die Sache selbst wie für das Ansehen unseres Standes besser ist, in derartigen Fällen die Unsicherheit der Entscheidung vom ärztlichen Standpunkte klar zu legen und es der Behörde (Schiedsgericht, Reichsversicherungsamt) zu überlassen, ob sie gerade wegen dieser Unsicherheit die Entscheidung in einem für den Verletzten günstigen Sinne treffen will.

Die Bedeutung des im Kniegelenk gelegenen Fettgewebes für die Unfallheilkunde.

Von

Geh. Rat Prof. Dr. **Hoffa**-Berlin.

Die Unfallgesetzgebung macht es dem Arzt zur besonderen Pflicht, bei Krankheiten, die sich an einen Unfall anschließen oder deren Abhängigkeit von einem solchen zum mindesten von dem zu Begutachtenden behauptet wird, den Zusammenhang zwischen der zur Zeit bestehenden Erkrankung und dem angeblichen Unfall klar zu stellen. Daß ein solcher Zusammenhang nicht selten von einem Verletzten konstruiert wird, auch wo er nicht vorhanden ist, liegt auf der Hand und ist keineswegs stets auf eine betrügerische Absicht zurückzuführen; wir sehen ja täglich, welch' große Rolle bei Erkrankungen einem Trauma in ätiologischer Beziehung zugeschrieben wird, auch wenn ein Unfall im Sinne des Gesetzes gar nicht in Betracht kommt. Bei einer großen Reihe von Erkrankungen des Kindesalters z. B. geben die Mütter einen Fall oder eine ähnliche Gewalteinwirkung als unmittelbare Ursache der vorliegenden Erkrankung an. Ebenso wie hier oft de facto das Trauma von keinem Einfluß auf Entstehung und Verlauf der Krankheit gewesen ist, können wir auch nicht immer das, was von den Verletzten als Unfallfolge angesehen wird, als solche anerkennen. Gerade die Unfallgesetzgebung hat unsere Kenntnisse über die Rolle, die Traumen bei der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten unmittelbar oder mittelbar spielen, wesentlich vertieft; denn die Anerkennung des Traumas als ätiologischen Momentes ist zu einem Faktor geworden, der in wirtschaftlicher Beziehung für den Verletzten von größter Bedeutung ist.

Der praktische Wert, den unser Gutachten hat, macht uns eine sorgsame Erwägung dieser Frage zur Pflicht. Die Verhältnisse liegen oft recht kompliziert und können einem gewissenhaften Arzte manches Kopfzerbrechen verursachen, zumal bei den Unfallverletzten oft noch Neigung zur Uebertreibung oder gar, wenn auch selten, zu direkter Simulation besteht. Hier ist es oft schwer, ein sicheres Urteil zu gewinnen, ob für die geäußerten Beschwerden eine objektive Unterlage gegeben ist und ob der Befund mit dem als Ursache angegebenen Trauma in einem kausalen Zusammenhange steht.

Das gilt besonders auch für die schmerzhaften Zustände, die sich an Verletzungen anschließen, die von den Patienten als „Gelenk-Verstauchungen oder -Verdrehungen oder -Quetschungen“ bezeichnet werden. So geraten zuweilen Unfallpatienten, die nach einem scheinbar leichten, manchmal nicht sicher festgestellten, Trauma des Kniegelenks, trotz guter Beweglichkeit desselben und kräftiger Muskulatur lange Zeit hindurch über an Intensität wechselnde, allmählich zunehmende Schmerzen des Kniegelenks klagen, in den Verdacht, daß sie ein Krankheitsbild vortäuschen wollten, um sich in den Besitz einer Rente zu setzen. Ich habe in einem am 16. Dezember 1903 vor der freien Chirurgenvereinigung gehaltenen Vortrage[1]) und in einer kleinen Arbeit „Beiträge zur Pathologie und Therapie der Kniegelenkerkrankungen“[2]) auf mehrere noch nicht genügend bekannte Affektionen des Kniegelenkes hingewiesen, die für die Unfallmedizin praktische Wichtigkeit haben. Auf eines dieser Krankheitsbilder, das sich durch die Bildung einer Art von Fettgeschwulst im Kniegelenk charakterisiert, möchte ich heute näher eingehen, da mehrmals die an dieser Affektion leidenden Patienten von anderer Seite als Simulanten bezeichnet worden waren und erst die Feststellung dieser von mir als „fibröse Hyperplasie des Fettgewebes im Kniegelenk“ bezeichneten Erkrankung ihnen zu ihrem Rechte verhalf.

Das Fettgewebe hat in der Pathologie des Kniegelenkes bisher insofern eine Rolle gespielt, als man das von Johannes Müller sogenannte Lipoma arborescens und das solitäre Lipom Königs in nicht zu häufigen Fällen als Krankheitsursache kennen gelernt und beschrieben hat. Unter Lipoma arborescens versteht man bekanntlich jene eigentümliche Krankheit, bei der es sich um eine Wucherung und fettige Infiltration von Gelenkzotten handelt, die so hochgradig werden kann, daß das ganze Gelenk von diesen Fettzotten ausgefüllt, ja hochgradig ausgedehnt werden kann. Es ist keine eigentliche Geschwulst, während das von König sogenannte „solitäre Lipom des Kniegelenkes“ eine echte Geschwulstbildung darstellt, die sich aus dem subsynovialen Fettgewebe entwickelt und in dieser Beziehung dem subperitonealen Lipom vergleichbar ist. Es sind kirsch- bis wallnußartige Tumoren, die gewöhnlich an der inneren Seite des Gelenkes gelegen sind und mit einem Stiel in das Gelenk hineinreichen. Ihre Entstehung stellt sich König so vor, daß durch irgend einen vielleicht traumatisch entstandenen Spalt in der Synovialis das para- und retrosynoviale Fettgewebe in das Gelenk eindringt und hier weiter wuchert.

Diese solitären Lipome sind recht selten, noch seltener glaube ich, als man angenommen hat. In einer Reihe von Fällen, die als Kniegelenkslipome beschrieben worden sind, so z. B. in den Fällen von Lauenstein und Herhold, hat es sich sicher nicht um derartige echte Geschwülste gehandelt, sondern um eine

1) Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904.

2) Berliner Klinische Wochenschrift 1904. No. 1 und 2.

andere Affektion des intraartikulären Fettgewebes, nämlich um eine, wie ich sagen möchte, entzündlich fibröse Hyperplasie dieses Gewebes. Ich selbst wurde auf diese Affektion aufmerksam gelegentlich einer Kniegelenkoperation, bei welcher ich einen, wie ich glaubte, abgerissenen Meniscus exstirpieren wollte. Die Menisceu zeigten sich nach Eröffnung des Gelenkes beide intakt. Dagegen traf ich die erwähnte Fettgewebshyperplasie an, die, wie mir später richtig diagnostizierte und dann operierte Fälle zeigten, ein typisches Krankheitsbild bietet. Es handelt sich um eine fibröse Hyperplasie des normaler Weise unter dem Lig. patellae gelegenen Fettgewebes, um ein Krankheitsbild, mit dem ich mich wegen seiner relativen Häufigkeit und praktischen Wichtigkeit hier näher beschäftigen möchte.

An einem gesunden Kniegelenk finden wir hinter dem Lig. patellae drei Synovialfalten, die beiden Plicae alares und die Plica synovialis patellaris. Die Plicae alares bestehen aus Fettgewebe, welches, von einem Bezug der Synovialis bekleidet, in der Form eines lappigen Lipoms von dem vorderen Schienbeinrande aus in die Gelenkhöhle hineinprominiert. Der mittlere Teil dieses Fettgewebes wird von außen her durch das Lig. patellae bedeckt, während seine seitlichen Partieen dieses Band noch um ein gutes Stück überragen. Wichtig ist es, daß dieses Fettgewebe stets mit zwei oder drei Zotten frei in das Gelenk hineinendigt. Von der höchsten Spitze der Plicae alares, genau in der Mittellinie, erhebt sich ein bindegewebiger, aber auch meist fetthaltiger Strang von wechselnder Dicke, der sich in der Fossa intercondyloidea femoris ansetzt, die Plica synovialis patellaris. Auf einem Sagittalschnitt des Kniegelenks präsentiert sich das geschilderte Fettgewebe gewissermaßen als ein Keil, der sich zwischen die überknorpelten Flächen des Femur, der Tibia und Patella einschiebt. Die vordere Seite des Fettgewebes ist mit dem Lig. patellae verwachsen, von demselben im unteren Abschnitt noch durch die Bursa infrapatellaris profunda getrennt. Die obere Seite ist frei und dem unteren Gelenkende des Femur zugewendet; die untere Seite ist nur zeitweise frei, da sie in die Menisceu übergeht und mit dem Periost an der vorderen Seite der Tibia verwachsen ist. Bei einer Zahl gesunder Kniegelenke, auch schon vom ersten Kindesalter an, habe ich stets ein derartiges Verhalten des intraartikulären Fettgewebes feststellen können. Die Größe des Fettkörpers unterliegt individuellen Schwankungen, ist aber keineswegs immer proportional dem Ernährungszustande und dem Fettreichtum des Individuums.

Auf dem Durchschnitt zeigt dieses Fettgewebe ein ziemlich ausgedehntes zartes Netz von Bindegewebszügen, zwischen welchen die einzelnen Fettläppchen liegen. Mikroskopisch ist der Fettkörper an seinen freien Flächen von einem zarten einschichtigen Endothel bekleidet. Seine Oberfläche zeigt spärliche zarte Zöttchen, die besonders nach den oben erwähnten freien Rändern zu an Menge und Größe zunehmen. Diese Zöttchen bestehen aus einem zarten bindegewebigen, endothel-bekleideten Stroma. Das Innere des Fettgewebes besteht aus einem Netz von zartem Bindegewebe mit spärlichen Nerven und geringem Gefäßreichtum. In diesem Netz liegen in sehr gleichmäßiger Anordnung die Fettzellen verteilt.

Das eben beschriebene normale Fettgewebe kann nun gelegentlich in Wucherung, in entzündliche Hyperplasie, geraten infolge Traumen, die das Kniegelenk treffen, oft garnicht sehr erheblicher Natur. Es entwickelt sich dann hinter und zu beiden Seiten des Lig. patellae ein dicker, derber Fettklumpen, der allerdings äußerlich einem Lipom sehr gleichen kann. (Fig. 1.) Von dem beschriebenen normalen Fettgewebe unterscheidet sich eine solche Fettmasse bereits makroskopisch wesentlich in drei Punkten, hinsichtlich ihrer Größe, ihrer Farbe und ihrer Konsistenz.

Die Größe resp. Dickenzunahme der Fettmasse ist oftmals eine recht beträchtliche. Ich habe solche Fettklumpen von weit über Hühnereigröße exstirpiert. Besonders deutlich kommt die Dickenzunahme im sagittalen Durchschnitt der Fettmasse zum Ausdruck. Die Farbe ist entweder eine rein gelbe; häufiger aber findet sich eine rötlich-gelbe Verfärbung, bedingt durch eine reichlichere Gefäßentwicklung in der Fettmasse. Nicht selten bemerkt man hämorrhagische Infiltrationen des Gewebes, ja völlige blutige Extravasate, so daß z. B. eine oder die andere der vorher erwähnten Fettzotten durch das Extravasat völlig



Fig. 1.

eingenommen ist. Solche frische Hämorrhagien findet man namentlich dann, wenn man nach einer frischen Schmerzattaque operiert. Die Konsistenz der exstirpierten Fettmasse ist eine viel derbere als die des physiologischen Fettgewebes, man fühlt schon äußerlich, daß die Fettmasse von einem derben Bindegewebe durchwachsen ist. Auf einem Durchschnitt durch die exstirpierte Masse zeigt sich ein deutliches Netzwerk derber, dicker, weißlicher Bindegewebsstränge, weite gefüllte Gefäßlumina, sowie mehr oder minder ausgedehnte Extravasate, wie sie sich auch auf der Oberfläche, namentlich an den Zotten, vorfinden.

Nach den histologischen Untersuchungen, die mein früherer Assistent Herr Dr. J. A. Becher ausführte, handelt es sich um einen sich im Fettgewebe unter dem Endothel der Synovialis, auch unter Beteiligung der letzteren, abspielenden Entzündungsprozeß, und zwar finden wir an unseren Präparaten alle Stadien der Entzündung. Das unter dem Endothel liegende Fettgewebe wird allmählich durch entzündliches Granulationsgewebe ersetzt. Letzteres wird dem Verlauf des Entzündungsprozesses entsprechend in zunächst zellreiches, streifenförmiges junges Bindegewebe in schmäleren und breiteren Lagen umgewandelt, das strangförmig in die Tiefe zieht. Auch ausgedehnte Nekrosen, im Zentrum die Reste von Blutungen erkennbar, finden sich häufig vor. Zwischen den Bindegewebszügen lassen sich noch hier und da vereinzelte Fettzellen, sowie kleinere Komplexe solcher erkennen.

Schließlich finden wir Bilder, in denen das Endothel auf einem mächtigen Streifen Bindegewebe sitzt. Die Grundsubstanz ist fast homogen, läßt aber noch hier und da breite wellenförmige Bänder erkennen, dazwischen liegen die sehr spärlichen, spindelförmigen Kerne. Vom unteren Rand dieses Bindewebsbandes ziehen dicke Streifen desselben zellarmen Bindegewebes bis in die Tiefe, in das Fettgewebe hinein.

Die geschilderten pathologischen Veränderungen fanden sich an allen von mir exstirpierten derartigen Fettmassen in gleicher Weise. Wir haben es also mit einer wohl charakterisierten Erkrankung zu tun, die wir am besten als „entzündliche Hyperplasie des Fettgewebes unter Durchwachsung des Fettgewebes durch ein derbes fibröses Bindegewebe“ bezeichnen können.

Dieser entzündliche Prozeß ist, da alle anderen ätiologischen Momente fehlen, regelmäßig dagegen ein Trauma angegeben wird, auf letzteres als ursächliches Moment zurückzuführen.

Sein Zustandekommen haben wir uns wohl so vorzustellen, daß bei dem Falle auf das Knie oder bei dem Stoße gegen dasselbe oder bei einer ungewollten ungeschickten Rotationsbewegung das Fettgewebe direkt getroffen wird und kleine Blutungen in dasselbe hinein stattfinden. Damit wird dann ein Reiz zur weiteren zelligen Infiltration des Gewebes gesetzt, und es tritt nun eine Volumzunahme desselben ein. Bei weiterem Gebrauch des Gelenkes klemmen sich nun die vergrößerten Zotten zwischen Femurcondylen und Tibia ein, und damit werden immer neue Reize für die weitere Zunahme der Entzündungserscheinungen gesetzt.

Aber nicht nur äußere Gewalteinwirkungen können den Anstoß zu der Wucherung des Fettgewebes geben, auch von dem Innern des Gelenks kann das Trauma ausgehen, insofern das Fettgewebe durch einen chronischen Reizzustand des Gelenkes selbst in Mitleidenschaft gezogen werden kann. So kommt die Hyperplasie des Fettgewebes nicht selten auch im Anschluss an die Abreißung eines Meniscus (vergl. Fall 4) oder bei dem Vorhandensein eines freien Gelenkkörpers zustande.

Die Einklemmungen der vergrößerten Zotten zwischen die Gelenkkörper machen nun die charakteristischen Erscheinungen, welche die Patienten zum Arzte führen. Es handelt sich um typische Einklemmungserscheinungen, wie sie uns namentlich von den freien Gelenkkörpern her bekannt sind.

Der Verlauf der Erkrankung stellt sich gewöhnlich folgendermaßen dar: In der Regel ist ein Trauma, ein Fall auf das Knie oder ein heftiger Stoß gegen den Fuß oder auch eine Verdrehung des Unterschenkels vorausgegangen, so daß heftige Schmerzen im Knie verursacht wurden. Das Gelenk selbst aber war dabei nicht besonders geschwollen. Oefter war auch wohl ein leichter, zuweilen auch blutiger Erguß als Folge des Traumas im Gelenk nachweisbar gewesen. Durch Ruhelage, Eisumschläge, Massage geht in der Regel der erste Anfall vorbei. Es bestehen aber trotzdem dauernde Beschwerden beim Gehen. Anfallsweise treten Schmerzen auf, in der Regel an der inneren Seite des Gelenks. Daneben bestehen Funktionsstörungen; die einen Patienten können das Knie nicht ordentlich beugen, bei anderen ist im Gegenteil das Durchdrücken des Knies nach hinten unmöglich. Gelegentlich bleibt das Gelenk wohl auch plötzlich in gebeugter Stellung stehen und kann dann nur unter Schmerzen und mit größter Anstrengung gestreckt werden.

Der objektive Befund, den man bei diesen Patienten konstatiert, ist ein charakteristischer. Man findet zunächst die mehr oder weniger erhebliche Quadricepsatrophie. Dann aber ist eine, ich möchte fast sagen, typische Anschwellung des Kniegelenks vorhanden. Diese Anschwellung sitzt bei sonst intaktem Gelenk dicht unterhalb und zu beiden Seiten der Patella. (Fig. 2.) Es ist eine pseudofluctuierende Anschwellung, die das Lig. patellae in die Höhe hebt. Der obere Recessus des Gelenkes ist frei, ebenso bleiben die Gelenkspalten an den Seiten frei. Sobald man aber die Teile seitlich neben der Patella prüft, fühlt man die teigige Anschwellung, die sich bis unter das Lig. patellae verfolgen läßt. Selbstverständlich ist stets ein Vergleich beider Kniee notwendig, am besten in der Weise, daß man die Patienten mit entblößtem Knie vor sich hintreten und die Kniee durchdrücken läßt. Es kommt dann die stärkere Anschwellung zu beiden Seiten des Lig. patellae deutlich zum Ausdruck.

Im Uebrigen ist das Gelenk vollständig intakt. Es findet sich keine Spur eines Ergusses. Die Beweglichkeit des Gelenkes ist meistens eine normale. Bei diesen Bewegungen fühlt die aufgelegte Hand wohl ein leichtes Knarren, das von der rauhen Crepitation, wie man sie bei Veränderungen des Knorpels fühlt, bei einiger Uebung wohl zu unterscheiden ist.

Der geschilderte Befund ist ein so charakteristischer, daß man die Diagnose mit fast absoluter Sicherheit stellen kann. Differential-diagnostisch kommt wesentlich, da das Gelenk sonst intakt ist, die Unterscheidung von einem Dérangement interne, der Abreißung eines Meniscus und dem Vorhandensein eines freien Gelenkkörpers in Betracht. Diese Differentialdiagnose ist zumeist sicher zu stellen. Bei der Abtrennung des Menicus haben wir den typischen Schmerzpunkt, ev. die Schwellung genau im Gelenkspalt; bei Vorhandensein freier Körper aber hilft uns das Röntgenbild, das in unserem Falle bei seitlicher Aufnahme höchstens leichte Schatten in dem normaler Weise hellen Raum zwischen Patella, Femur und Tibia erkennen läßt. Ich habe über 7 derartige operierte Fälle, von welchen ich in 6 die Diagnose gestellt hatte, in dem p. 11 erwähnten Vortrage bereits berichtet.



Fig. 2.

Fünf andere gleichartige Fälle gelangten zur Begutachtung, in zwei von ihnen führte ich die Operation aus. In einem Falle bestand außerdem eine Abreißung des Meniscus medialis; der zuletzt erwähnte Patient bot außer dem Befunde einer Fettgeschwulst noch eine seltene Form des Dérangement interne dar.

Ich lasse nunmehr die Gutachten, die bei den fünf Patienten abgegeben wurden, in gekürzter Form folgen.

I.

Gutachten vom 11. IX. 03: Der Schmied Carl. R. erlitt am 1. Dezember 1902 durch Fall auf das rechte Knie einen Unfall. Es besteht bei dem sonst vollkommen intakten Kniegelenk unterhalb und nach innen von der Kniescheibe eine etwa kirschgroße, pseudofluctuierende Anschwellung, die das Kniescheibenband in die Höhe hebt. Sie besteht aus Fettgewebe, das sich außer durch die Größe auch durch die reichliche darin verwebte Bindegewebsmenge von dem normaler Weise hier befindlichen Fettgewebe unterscheidet. Diese kleine Fettgeschwulst ist die Ursache der Klagen des Patienten. Der Befund rechtfertigt vollkommen die Beschwerden, die R. angiebt und die darin bestehen, daß anfallsweise Schmerzen an der inneren Seite des Gelenks auftreten, daneben Funktionsstörungen bei Bewegungen des Knies im Sinne der Beugung und Streckung bestehen.

Die zweite Frage, ob dieser bei dem p. R. bestehende pathologische Befund des linken Kniegelenks auf den am 1. Dezember 1902 erlittenen Unfall zurückzuführen ist, ist entschieden zu bejahen. In diesem Falle muß man sich die Entstehung der kleinen Fettgeschwulst so vorstellen, daß R. bei dem Fall am 1. Dezember 02 einen leichten Einriß der Kniegelenkskapsel erlitten hat, und daß nun das hier befindliche Fettgewebe, das normaler Weise immer vorhanden ist, durch den Kapselriß durchgewuchert ist. Durch zahlreiche Erfahrungen, die in der neuesten medizinischen Literatur, besonders von mir, niedergelegt sind, ist dieser Befund als ein ganz typischer anzusehen, und ein solch typischer Fall liegt hier vor.

Es trifft daher auch nicht die Ansicht des Herrn Dr. . . . zu, der eine organisierte Neubildung, ein Lipom oder Fettgeschwulst annimmt, sondern wir verstehen unter Lipom in diesem Falle ein durch den Riß der Kniegelenkskapsel hindurchgetretenes Fettgewebe, welches durch eine chronische Entzündung gewuchert ist und pathologischen Charakter angenommen hat.

Durch Operation einschlägiger Fälle und mikroskopische Untersuchungen des betreffenden Präparates ist dieser Befund von uns sehr oft bestätigt worden.

R. leidet an einer Fettgeschwulstbildung des Kniegelenks. Dieser pathologische Befund ist eine Folge des am 1. Dezember 1902 erlittenen Unfalls. Die Beschwerden des p. R. decken sich damit. Nach unserer Schätzung beträgt die als Unfallsfolge eingetretene Verminderung der Erwerbsfähigkeit 10 Prozent.

II.

Gutachten vom 12. April 1904: Der jetzt 52jährige Zimmermann August L. erlitt am 20. Mai 1902 im Betriebe einen Unfall, der als solcher erst durch Beschluß des Reichsversicherungsamts vom 13. Oktober 1903 anerkannt wurde. L. war am 20. Mai 1902 auf einem Holzplatz zusammen mit mehreren Arbeitern mit Balkentragen beschäftigt. Bei Ablegen eines Balkens zum Strecklager empfand L., der das hintere Ende des Balkens absetzte, während die vorn tragenden Zimmerer den Balken noch ein Stück weiter nach vorn zogen, plötzlich einen Ruck im rechten Knie. Er arbeitete zunächst weiter, am Abend aber hatte er Schmerzen und konnte am folgenden Tage nicht weiterarbeiten. Die Erwerbsbeschränkung, die L. durch die Folgen der als Knieverdrehung oder Knieverstauchung angegebenen Verletzung erlitt, wurde auf 20 Prozent veranschlagt. Auf Grund eines Gutachtens des Herrn Dr. . . . vom 8. Dezember 1903 sah sich die . . . . Berufsgenossenschaft veranlaßt, den Verletzten als von den Folgen seines Unfalles wiederhergestellt und völlig erwerbsfähig zu erachten und die Rente aufzuheben.

Als vom Unfall vom 20. Mai 1902 herrührende Beschwerden gibt L. an, daß er oft Schmerzen im Knie habe, bei Tage und bei Nacht, „inwendig drinnen". Bei anstrengender Arbeit und Treppensteigen mit Lasten steigern sich die Schmerzen. Sie ziehen vom Knie aus den Unterschenkel nach abwärts. Wenn er sich längere Zeit in knieender Stellung befände, würde das Knie dick.

Nebenbefund: Leichtes Emphysem, doppelseitige gutgeheilte Malleolarfraktur.

Das rechte Knie ist ein wenig verdickt, wie sich auch durch die heutige Messung ergibt. Die Konturen der das Kniegelenk zusammensetzenden Knochen sind deutlich erkennbar und weichen in ihrer Form nicht von der Norm ab. Trotzdem ist die äußere Form des rechten Kniegelenks verändert. Abgesehen davon, daß es auch im oberen Teile verdickt ist, erscheinen die Gruben zu beiden Seiten der Kniescheibe etwas abgeflacht und die zu beiden Seiten der Kniescheibe befindliche Kapselpartie fühlt sich teigig verdickt an. Ebenso nimmt man eine leichte teigige Vorwölbung, welche das Gefühl der Pseudofluctuation bietet, auch zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes (Lig. patellae) wahr, welch letzteres durch die sich unter dasselbe schiebende Schwellung ein wenig von dem oberen Ende des Schienbeins abgehoben ist. Ein Flüssigkeitserguß im rechten Kniegelenk besteht nicht. Die Kniescheibe ist bei Erschlaffung der Muskulatur verschieblich, bei Anspannung des Streckmuskels kann sie fest fixiert werden. Die einzelnen Portionen desselben sind bei dieser Anspannung deutlich zu erkennen, jedoch fühlt sich der Streckmuskel weniger fest an als links, und die Kraft des rechten Beines scheint in geringem Grade herabgesetzt, trotzdem die Umfangmessungen am Oberschenkel rechts und links gleich sind. Die Masse betragen:

	R.	L.
Mitte der Kniescheibe	$36^1/_2$ cm	$35^1/_2$ cm
Unterer Rand	34 „	$33^1/_2$ „
Oberer Rand	$34^1/_2$ „	$33^3/_4$ „
10 cm unterh. des unteren Kniescheibenr.	44 „	44 „
10 cm oberhalb des oberen „	39 „	39 „
25 cm „ „ „ „	47 „	47 „

Die Beweglichkeit im rechten Kniegelenk ist nicht eingeschränkt. Die Beugung gelingt an beiden Knieen in gleich vollkommener Weise. Bei den Bewegungen fühlt man rechts wie links Gelenkgeräusche, die rechts vielleicht ein wenig stärker sind wie links. Druck auf die rechte Kniescheibe, auf das Kniescheibenband, auf die Innenseite des Oberschenkelknochens und den oberen Teil des Schienbeins wird als schmerzhaft angegeben, in der Kniekehle besteht keine Druckempfindlichkeit. Abnorme Seitenbewegungen bei gestrecktem Knie sind nicht vorhanden. L. kann bei Hebung des linken Beines sicher auf dem rechten Bein allein stehen. Am rechten Knie Krampfaderbildung.

Wir finden somit als Folge des Unfalles vom 20. Mai 1902 eine leichte Verdickung des rechten Kniegelenkes und eine geringe Anschwellung von teigiger Beschaffenheit zu beiden Seiten der Kniescheibe und des Kniescheibenbandes, die sich auch unter das letztere erstreckt. Es ist dies ein Krankheitsbild, auf das namentlich in jüngerer Zeit die Aufmerksamkeit gelenkt worden ist und auf dessen ursächlichen Zusammenhang mit äußeren Gewalteinwirkungen ich besonders hingewiesen habe. Es handelt sich bei dem zu Begutachtenden um eine entzündliche fibröse Hyperplasie (eine bindegewebige Wucherung) des normaler Weise unterhalb und zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes befindlichen Fettgewebes. Dieselbe wird hervorgerufen durch eine Gewalt, die direkt einwirkt (Fall, Stoß) oder aber durch eine indirekte Gewalt, eine Verstauchung oder eine Verdrehung des Knies wie in dem zu begutachtendem Falle. Es kommt im Anschluß an eine solche Gewaltseinwirkung zu der erwähnten Wucherung im Fettgewebe, und von dieser Fettgeschwulst erstrecken sich auch einige Ausläufer frei ins Gelenk hinein zwischen die Oberschenkel und Schienbeinknorren. Durch die Reibung und ev. durch Einklemmung von Teilen dieser Fettmasse werden Schmerzen verursacht, die zeitweilig recht heftig werden können. Die Gelenkgeräusche im r. Knie sind zum Teil durch diese Geschwulst bedingt, zum Teil aber rühren sie von einem chronisch entzündlichen Reizzustand her, in dem sich dasselbe schon vor dem Unfall befand; denn auch am l. Knie finden wir Zeichen eines solchen chronischen Reizzustandes vor.

Es ist wohl begreiflich, daß L. durch die Entwicklung dieser Fettgeschwulst, die in Abhängigkeit von dem erlittenen Unfall zu setzen ist, in seiner Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt ist. Die Erwerbsfähigkeit könnte durch Entfernung der Geschwulst wieder völlig hergestellt werden.

L. wird auf Grund der Schädigungen, die er durch die Unfallfolgen erlitten hat, an schweren Arbeiten, Treppen- und

Leiter-Steigen mit Lasten, anhaltendem Knieen gehindert sein. Ich schätze den Grad der ihm durch die Unfallsfolgen erwachsenen Erwerbsbeschränkung auf 20 Prozent.

III.

Gutachten vom 20. Mai 1904.: Der 42jährige Straßenbahnschaffner Z. wollte am 20. November 1903 das Lichtkabel zur Verbindung zweier Straßenbahnwagen einsetzen. Er rutschte dabei mit dem rechten Knie von dem Schalter des Hinterperrons ab und schlug mit dem Knie auf den Zapfen der auf dem Schaltergehäuse befindlichen Kurbel auf. Die auftretenden Schmerzen beachtete er zuerst nicht, sondern meldete sich erst 3 Tage später krank. Ende Januar versuchte er seinen Dienst wieder aufzunehmen, mußte aber nach 2 Tagen sich wieder krank melden. Es bestand damals eine starke Schwellung des Knies. Anfallsweise traten Schmerzen auf, die dadurch eingeleitet wurden, daß Z. ganz plötzlich sein Knie nicht beugen konnte. Das ereignete sich oft mehrmals am Tage. Z. wurde deshalb unserer Klinik überwiesen und am 10. Februar d. J. operiert. Am 30. April wurde er aus dem Heilverfahren entlassen.

Bei der heutigen Untersuchung giebt der Verletzte an, daß er seinen Dienst gut verrichten könnte und keine Schmerzen im Knie habe, nur könne er das rechte Knie nicht so weit beugen wie das linke.

Das rechte Kniegelenk erscheint, von vorn gesehen, breiter als das linke. Die zu beiden Seiten der Kniescheibe und neben der Strecksehne normaler Weise befindlichen Gruben sind rechts abgeflacht, und das Gewebe zu beiden Seiten der rechten Kniescheibe fühlt sich derber an als links. Ein Erguß im Kniegelenk besteht nicht. In den hinteren Partieen sind die Konturen des Knies normal. An den das Gelenk konstituierenden Knochen lassen sich keinerlei Abnormitäten abtasten, wie auch das Röntgenbild die völlige Integrität derselben ergeben hat. An der Innenseite der rechten Kniescheibe zieht eine längs verlaufende Narbe herab von 9 cm Länge und ca. 5 mm Breite. Sie ist von guter Beschaffenheit und nicht druckempfindlich. Auch an den übrigen Teilen des rechten Kniegelenkes sind keine schmerzempfindlichen Stellen vorhanden, auch nicht im Verlaufe des Gelenkspaltes. Die aktive Streckung erfolgt in sehr kräftiger Weise. Die Kniescheibe kann dabei fest fixiert werden; doch fühlt sich der rechte Streckmuskel bei seiner Kontraktion weniger fest an als der linke.

Bei erschlaffter Muskulatur läßt sich die Kniescheibe in den physiologischen Grenzen verschieben. Auch die Beugemuskulatur ist kräftig. Das rechte Knie kann aktiv bis zu einem Winkel von 75—70 Grad gebeugt werden, passiv noch etwas weiter. Links kann das Knie fast bis zur Berührung der Ferse mit der Gesäßmuskulatur gebeugt werden.

Bei den Bewegungen nimmt man in beiden Kniegelenken Geräusche wahr, die rechts ein wenig stärker sind wie links. Beide Kniee befinden sich in ganz leichter X-Stellung. Bei gestrecktem Knie sind rechte seitliche Bewegungen in sehr geringer Ausdehnung möglich, links nicht.

Die vergleichsweise ausgeführten Umfangsmessungen ergeben:

	R.	L.
30 cm oberhalb des äußeren Knöchels	$37\frac{1}{2}$ cm	37 cm
Unterer Rand der Kniescheibe	37 „	36 „
Mitte der Kniescheibe	38 „	$37\frac{1}{2}$ „
Obererer Rand der Kniescheibe	$38\frac{1}{4}$ „	$37\frac{1}{2}$ „
15 cm oberhalb des oberen Kniescheibenr.	48 „	51 „

Der Verletzte steht lange und sicher auf dem rechten Bein allein, ohne einzuknicken; sein Gang ist sicher, fest und rasch, ohne Spur vom Hinken. Er unterscheidet sich in Nichts von dem normalen.

Als Nebenbefund besteht bei dem Verletzten: Krampfaderbildung an beiden Unterschenkeln, doppeltseitiger Plattfuß und doppeltseitige Bruchanlage.

Das Vorhandensein von Krampfadern, die Plattfußbildung und die Bruchanlage stehen zu dem Unfall in keinem kausalen Zusammenhange, sie waren schon lange vor demselben vorhanden. Ebenso haben die sowohl am unverletzten wie am verletzten Knie wahrnehmbaren Gelenkgeräusche keine Beziehung zu dem Unfalle. Sie sind die Folgen chronisch entzündlicher Reizzustände in beiden Kniegelenken. Dagegen sind die übrigen Veränderungen, die wir am rechten Knie wahrnehmen, auf den Unfall zu beziehen.

Es hat sich bei dem Verletzten zunächst um eine Verstauchung des rechten Knies mit den üblichen Begleiterscheinungen gehandelt. Im Anschluß an dieselben, wahrscheinlich durch einen leichten Bluterguß, der für die verschiedenen Gelenkbestandteile einen Reiz darstellte, eingeleitet, trat in dem normaler Weise unterhalb und zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes gelegenen Fettgewebe eine Tendenz zur Wucherung und zu chronisch-entzündlichen Veränderungen ein, die zur Bildung einer unregelmäßig gestalteten Fettgeschwulst-ähnlichen Masse führte. Es ist dies ein wohl charakterisiertes, als entzündliche fibröse Hyperplasie (bindegewebige Wucherung) des Fettgewebes beschriebenes Krankheitsbild, auf dessen Zusammenhang mit scheinbar unbedeutenden Fällen ich namentlich in letzter Zeit wiederholt hingewiesen habe. Dadurch, daß Ausläufer dieser Fettgeschwulst zwischen die knöchernen Bestandteile des Gelenks sich einklemmen und gequetscht werden, können starke Schmerzen und plötzliche Bewegungsbeschränkungen auftreten. Auf diese Weise entstehen ganz ähnliche „Einklemmungerscheinungen“ wie bei Gegenwart von Fremdkörpern im Kniegelenk oder infolge eines abgerissenen oder verlagerten Meniscus. Die Beschwerden, über die Z. vor der Operation klagte, waren als solche Einklemmungserscheinungen anzusehen. Die Behandlung mußte demnach, um dieselben zu beseitigen, in der operativen Entfernung der geschwulstartigen Massen bestehen. Die Operation wurde am 10. Februar d. J. in meiner Klinik unter Narkose ausgeführt. Das Kniegelenk wurde eröffnet, und die ganze Fettmasse, die etwa die Größe einer Wallnuß hatte, samt ihren Ausläufern entfernt. Der Wundverlauf war reaktionslos. Die Beschwerden sind jetzt völlig gehoben, Schmerzen sind nicht mehr vorhanden.

Fassen wir noch einmal die objektiven Veränderungen zusammen, die sich am rechten Knie und Oberschenkel jetzt nachweisen lassen, so finden wir dieselben bestehend in einer, wenn auch geringen, Verdickung des Kniegelenkes, in einer ebenfalls geringen Lockerung der Seitenbänder, in einer Beschränkung der aktiven Beugefähigkeit des rechten Knies um 25—30° und in einer Verminderung des Muskelvolumens des rechten Oberschenkels. Trotz dieser Veränderungen aber ist in funktioneller Hinsicht kaum eine Störung vorhanden. Der Gang unterscheidet sich in nichts von dem eines Gesunden, und Z. kann, wie er selbst erklärt, seinen Dienst ohne Beschwerden gut verrichten. Eine gewisse Steifheit des Knies ist das einzige, worüber er klagt. Diese Verminderung der Beugefähigkeit des Knies kommt für die berufliche Tätigkeit des Verletzten und für seine Erwerbstätigkeit nur wenig in Betracht. Die übrigen objektiven Symtome aber sind derart, daß sie trotz des in funktioneller Hinsicht ausgezeichneten Zustandes des rechten Beines es nicht rechtfertigen, Z. z. Zt. für völlig erwerbsfähig zu erklären. Obwohl er selbst angiebt, seinen Dienst wieder gut versehen zu können, dürfen sie bei der Beurteilung nicht außer Acht gelassen werden.

Der Zustand des Verletzten wird sich voraussichtlich noch weiter bessern, da im Laufe der Zeit die Muskulatur des Oberschenkels sich kräftigen und auch die Lockerung der Seitenbänder verschwinden wird. Auch die noch vorhandene geringe

Beschränkung der Beugung des Knies wird sich unter dem Einfluß der Tätigkeit bessern. Auf Grund der geschilderten Veränderungen erscheint Z. großen Anstrengungen noch nicht voll gewachsen; ich schätze den Grad der Erwerbsbeschränkung, der ihm als Folge des Unfalls erwachsen ist, zur Zeit auf 20 Prozent.

Am 22. August 1904 sucht Z. die Klinik wieder auf, da er seit 5 Tagen wieder Schmerzen in der rechten Kniekehle verspürt. Bisher fühlte er sich beschwerdefrei und hat seinen Dienst voll versehen können.

Es besteht starker Hydrops genu.

Es wurde dreimal die Punktion des Kniegelenks ausgeführt, die jedesmal rein seröse Flüßigkeit in einer Menge von 40 - 30 cbm ergab. Nach der Punktion Kompressionsverbände und Massage.

15. Oktober 1904: Die Schwellung des rechten Kniegelenks tritt nicht wieder in gleicher Stärke auf. Gleichzeitig mit der Abnahme des Ergusses zeigen sich Symptome, die auf das Vorhandensein eines freien Körpers im Kniegelenk schließen lassen. Zeitweise gelingt es, einen etwa bohnengroßen Körper zu tasten. Derselbe ist sehr beweglich, sodaß er manchmal an der Außenseite, manchmal an der Innenseite der Patella wahrzunehmen ist und dem tastenden Finger leicht entschlüpft.

21. Oktober: Der freie Körper ist jetzt nach innen und unten von der Kniescheibe zu fühlen, es besteht noch ein leichter Erguß; im Uebrigen ist der Befund derselbe, wie im Gutachten geschildert. Jedoch ist eine Lockerung der Seitenbänder nicht mehr vorhanden und die Beugung fast vollkommen möglich. Das Röntgenbild zeigt keinerlei Knochenveränderungen und läßt von einem Fremdkörper nichts erkennen.

22. Oktober: Operation in Narkose. Man findet etwa einen Eßlöffel seröser Flüßigkeit. Ein freier etwa bohnengroßer Körper von glatter knorpelartiger Beschaffenheit wird entfernt. Naht.

27. Oktober: Reaktionsloser Verlauf, Entfernung der Nähte.

1. November: Beginn der Massage und Gymnastik.

19. November. Beugung des Knies bis 50 Grad, ebenso weit wie links, aktiv ausführbar. Keine seitlichen Bewegungen möglich, Beugung wie Streckung des Knies ist kräftig, subjektiv keinerlei Beschwerden.

IV.

Gutachten vom 17. November: Der 34jährige Oberleutnant Graf St. wurde am 9. April 1904 in einem Gefecht von einem Meldereiter angeritten, wobei das Kochgeschirr des Letzteren das linke Knie des Offiziers an der Innenseite traf und es nach hinten drückte. Außerdem erlitt Graf St. eine Zerrung der an der Innenfläche des Oberschenkels nahe der Leistengegend ansetzenden Muskeln (Adductoren). Der Verletzte wurde lange Zeit hindurch mittels Massage, Bädern und gymnastischen Kuren behandelt, ohne Erfolg. Er klagt jetzt über Beschwerden beim Gehen; namentlich Gehen auf unebenem Terrain, Bergsteigen und Treppensteigen sei schmerzhaft.

Bei der heutigen Untersuchung läßt sich an den das Kniegelenk konstituierenden Knochen nichts Abnormes feststellen. Ein Erguß im Gelenk besteht nicht. Die Kniescheibe ist gut verschieblich und kann bei Anspannung des Streckmuskels des Knies fest fixiert werden. Das linke Knie ist im ganzen nicht verdickt. Zu beiden Seiten des Kniescheibenbandes aber nimmt man links eine leichte pseudofluktuierende Anschwellung wahr, welche das Band deutlich von der Unterlage abhebt und unter dasselbe herunterreicht. Im hinteren Teile des inneren Gelenkspalts besteht leichte Druckempfindlichkeit. Das linke Knie kann aktiv leicht bis zum rechten Winkel gebeugt werden, weitere Beugung ist mit Schmerzen verbunden, ist aber auch aktiv vollkommen ausführbar. Bei Beugung und Streckung des linken Knies nimmt man starkes Knacken und Knirschen wahr. Ein knirschendes Geräusch fühlt man auch beim Andrücken der Kniescheibe und des Kniescheibenbandes gegen die Unterlage. In Streckstellung des Knies sind keine seitlichen Bewegungen möglich, ebenso keine abnormen Rotationsbewegungen des Unterschenkels bei Beugung. Die Seitenbänder und Kreuzbänder sind also intakt. Am rechten Knie ist Beugung und Streckung vollkommen frei. Leichte knackende Geräusche sind auch hier wahrnehmbar.

Die vergleichsweise ausgeführten Umfangsmessungen ergeben:

	R.	L.
15 cm unterhalb des unteren Kniescheibenrandes	39	$39^1/_2$ cm
Unterer Rand der Kniescheibe	38	$38^1/_2$ „
Mitte der Kniescheibe	$40^1/_2$	$40^1/_2$ „
Oberer Rand der Kniescheibe	$40^1/_2$	$40^1/_2$ „
10 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes .	48	48 „
20 cm oberhalb des oberen Kniescheibenrandes .	$58^1/_2$	$58^1/_2$ „

Der linke Streckmuskel fühlt sich, trotzdem durch das Bandmaß keine Umfangsverringerung festzustellen ist, schlaffer an als der rechte. Bei seiner Zusammenziehung treten seine einzelnen Portionen weniger scharf hervor als rechts. Eine leichte Druckempfindlichkeit besteht an der Ursprungsstelle der Adduktoren (Reitmuskeln).

Der jetzige Befund ist zweifellos eine Folge des am 9. April d. J. erlittenen Unfalls. Es handelt sich bei dem Verletzten um die Abreißung des inneren Kniegelenksmeniscus und um die Bildung einer Art von Fettgeschwulst unterhalb und zu beiden Seiten der Kniescheibe. Die Abreißung des Meniscus ist die direkte Folge der Verletzung und ihr Zustandekommen auf Grund des geschilderten Mechanismus wohl zu erklären. Der dauernde Reiz des Gelenks durch den abgerissenen Meniscus hat zu einer entzündlichen Wucherung des intraartikulären Fettgewebes geführt, zu der von mir als „fibröse Hyperplasie des Fettgewebes“ beschriebenen Geschwulstbildung. Es ist sehr wohl möglich, daß durch den ständigen Reiz des verlagerten Meniscus die weitere Vergrößerung der Fettgeschwulst noch begünstigt wird, und daß durch Einklemmung der Fettgeschwulst zwischen die knöchernen Gelenkteile zeitweise eine völlige Gebrauchsunfähigkeit des linken Beines verursacht werden kann.

Um den Verletzten wieder dienstfähig zu machen, ist die Operation notwendig, die in der Entfernung der Geschwulstmasse und des abgerissenen Knorpelstücks (Meniscus) zu bestehen hat. Die Behandlung dürfte ca. 8 Wochen in Anspruch nehmen.

V.

Gutachten vom 8. Oktober: Der 29jährige Schlosser Eduard G. erlitt im März 1902 dadurch einen Unfall, daß eine ca. 4 kg schwere Schraubzwinge ihm auf das rechte Knie fiel. Es bestand damals starke Schwellung desselben. G. war 3 Wochen arbeitsunfähig, wurde aber noch ein viertel Jahr hindurch massiert. Er bezog wegen der Unfallsfolgen bisher eine Rente von zehn Prozent. Ende September d. J. suchte er zum ersten Mal unsere Klinik auf. Er klagt über leichte Ermüdbarkeit und Schmerzen unter der rechten Kniescheibe und in der Kniekehle sowie über eine zeitweise sich einstellende Empfindlichkeit im Bereich des Gelenkspalts, namentlich in dessen äußerem Teile. Mitunter sei die Beweglichkeit des linken Knies stark beschränkt, sodaß er dasselbe zeitweise kaum bis zum rechten Winkel beugen, manchmal nicht vollkommen strecken könne.

Das rechte Knie ist nicht verdickt; zu beiden Seiten des rechten Kniescheibenbandes findet sich aber eine leichte pseudofluktuierende Vorwölbung, die das genannte Band etwas von der unterliegenden Tibia abhebt. Im Uebrigen sind die Konturen des rechten Knies bei Betastung und Betrachtung nicht verändert. Der rechte Streckmuskel (Quadriceps) ist schlaffer und wesentlich

schwächer als der linke (Umfang rechts 45½, links an entsprechender Stelle 48 cm). Dicht neben der Kniescheibe im Gelenkspalt besteht Druckempfindlichkeit, namentlich nach außen von der Kniescheibe.

Beugung und Streckung des rechten Knies ist aktiv vollkommen ausführbar; beim Uebergang aus extremster spitzwinkliger in leichtere Beugung fühlt man jedesmal ein lautes Knacken. Sonst sind keine Geräusche wahrnehmbar. Abnorme seitliche Bewegungen sind bei gestrecktem Knie nicht ausführbar. Bei gebeugtem Knie läßt sich der Unterschenkel in abnormer Weise nach innen rotieren.

Das Röntgenbild zeigt die Unversehrtheit der Femurcondylen. Die Eminentia intercondyloidea ist an ihrem äußeren Teile von der oberen Schienbeingelenkfläche abgehoben und aufgefasert und ragt, leicht gedreht, zum Teil nach aufwärts, sodaß sie in ihrer obersten Partie vom unteren Femurende gedeckt ist. Im äußeren Teile ist der von ihr auf der Platte entworfene Schatten sehr schwach.

Der festgestellte Befund macht die Beschwerden des G. und ihren Zusammenhang mit dem Unfall im Jahre 1902 durchaus glaubhaft; da eine andere Verletzung als die im März 1902 im Betriebe erfolgte nicht in Frage kommt, müssen wir den jetzigen Zustand als Unfallsfolge ansehen. Es handelt sich bei G. um einen Abriß des als Ansatzstelle für das vordere Kreuzband dienenden kleinen Höckers an der oberen Schienbeinfläche und um Entwickelung einer Art Fettgeschwulst unterhalb und zu beiden Seiten der Kniescheibe. Die Entstehung derartiger aus entzündlichen Wucherungsprozessen im Fettgewebe hervorgehender Fettgeschwülste haben wir nach Verletzungen nicht selten beobachtet. Um die weitere Vergrösserung der Geschwulst und das Auftreten neuer Reizzustände durch das abgerissene Knochenstück zu verhindern, empfehle ich die operative Behandlung.

Operation am 26. Oktober 1904: Längsschnitt am medialen Rande der Patella, Entfernung des subpatellaren Fettgewebes. Der innere Condylus ist an seiner vorderen und unteren Fläche etwas injiziert. Der äußere Meniscus ist zum Teil losgelöst und wird in diesem Bereiche exstirpiert. Die Eminentia intercondyloidea ist gelockert und von der oberen Gelenkfläche der Tibia losgelöst. Sie befindet sich im Zusammenhang mit dem Lig. cruciat. ant., mit dem sie exstirpiert wird. Dabei zeigt sich, daß die Loslösung nicht bloß den knorpligen Ueberzug der Eminentia intercondyloidea betraf, sondern, daß auch die knöcherne Eminentia mit abgerissen war. Nach ihrer Entfernung befindet sich an der entsprechenden Stelle der tibialen Gelenkfläche eine leichte Delle. Naht. Volkmannsche Schiene. 3. November 1904: Entfernung der Hautnähte, Wunde primär geheilt. 15. November: Beugung des Knies aktiv ohne Schmerzen bis 70 Grad möglich. Behandlung noch nicht abgeschlossen.

Es ist bereits eine ziemlich große Zahl von Fällen von Hyperplasie des intraartikulären Fettgewebes, die zu meiner Beobachtung gelangt sind. Die fünf eben erwähnten wurden mir zur Begutachtung zugesandt, zwei von ihnen waren der Klinik als „Simulanten“ überwiesen worden. Man wird nun aus äußeren Gründen nicht stets in der Lage sein, die einzig rationelle Therapie, die Exstirpation der Geschwulst anzuwenden, da gerade bei den Unfallpatienten die Genehmigung zur Operation von verschiedenen Momenten abhängig ist. Wo es möglich ist, soll man aber den bei Beherrschung der Asepsis durchaus ungefährlichen Eingriff nicht unterlassen. Nach der Operation wird man den Verletzten zunächst noch eine Uebergangsrente von 10–20 Prozent gewähren, die nach ein oder zwei Jahren zum Wegfall gelangt. Befreien wir den Verletzten aber von seiner Geschwulst nicht, so werden die immer wieder aufs neue eintretenden Einklemmungserscheinungen den chronischen Reizzustand des Gelenkes steigern und damit zu einer weiteren Volumenszunahme des Fettgewebes und seiner Zotten führen. Je größer aber die Geschwulst, um so leichter und heftiger werden sich die Einklemmungserscheinungen wiederholen: ein stetiger Circulus vitiosus, der die Erwerbsfähigkeit des Verletzten naturgemäß in immer höherem Grade herabmindern wird.

Die wiedergegebenen Gutachten zeigen, daß der beschriebenen Geschwulstbildung eine hohe praktische Bedeutung zukommt, eine Bedeutung, die gerade auf dem Gebiete der Unfallheilkunde zur Geltung kommen muß, will man sich nicht der Gefahr aussetzen, aus Unkenntnis einem Verletzten sein Recht zu schmälern und ihm die Frucht einer wohlwollenden Gesetzgebung zu versagen.

Zur Behandlung infizierter Bulbuswunden.

Von

Prof. Dr. **P. Silex**-Berlin.

Die Behandlung infizierter Bulbuswunden dürfte ein gewisses praktisches Interesse haben, einmal wegen der Erfolge, die wir gelegentlich in anscheinend schon verzweifelten Fällen erzielen, und dann wegen der therapeutischen Richtung, die in den letzten Jahren Platz gegriffen hat. Mit dem ulcus corneae serpens, das wenn man will, auch hierher gerechnet werden könnte, wollen wir uns nicht beschäftigen. Bei diesem liegt auch immer eine Verletzung vor, die von irgendwoher infiziert wird, aber es nimmt eine Sonderstellung ein, und wir würden mit seiner Besprechung den Rahmen dieser Arbeit überschreiten.

Die Verletzungen haben die verschiedensten Ursachen. Stich- und Schnittwunden mit Messer und Scheere, letztere namentlich bei Kindern, Eisen- und Kupfersplitterverletzungen, gelegentlich durch kleinste Partikel, ein anderes Mal durch große Stücke, Schläge mit der Faust, Ruten, mit Stiefelabsätzen und andere Momente mehr kommen aetiologisch in Betracht. Auch die willkürlichen operativen Bulbuseröffnungen (Iridectomie, Staroperation) gehören hierher.

Bisweilen sehen wir selbst nach schweren Verletzungen keine oder keine nennenswerte Reaktion. So erinnere ich mich eines Falles, bei dem einem Studiosus mit dem Rapier der vordere Bulbusabschnitt in horizontaler Richtung und weit nach hinten in die Sclera durchschlagen war. Er bekam einen Verband, wurde ins Bett gelegt, und der Stich heilte linear ohne wesentliche Nachteile zu hinterlassen, in kurzer Zeit aus. Und gar nicht selten sind die Beobachtungen von Fällen, wo Eisensplitter bis zur Netzhaut hin vordringen und reaktionslos einheilen. Ein mir bekannter Schlossermeister trägt solch einen Eisensplitter schon 24 Jahre in seinem Auge, ohne daß die Sehkraft Schaden genommen hat. Wir müssen in solchem Falle annehmen, daß es sich um reine, Riß- und Schnittwunden handelt und daß eine Infektion nicht stattgefunden hat. Es sind dies glückliche Zufälligkeiten, denn Infektionskeime finden sich stets in Mengen an den Cilien und im Konjunktivalsack, auch in dem anscheinend normalen. Und in großen Mengen finden sie sich in der veränderten Konjunktiva, wie sie der in Ruß und Staub tätige Arbeiter fast immer hat.

Die Hauptquelle für die Infektion aber bildet der Tränensack. In dem schleimig eitrigen Sekret der chronischen Blenorrhoe des Tränensackes wimmelt es von pathogenen Mikroorganismen, die sofort an der ihrer schützenden Epitheldecke beraubten Stelle der Bulbuswand ihre deletäre Wirkung entfalten.

Besonders zahlreich sind die Pneumokokken vertreten, die in gewissem Sinne das spezifische Agens für das ulcus corneae abgeben. In dieser steten Gefahr, in der das Auge bei Blenorrhoe des Tränensackes schwebt, liegt die Berechtigung eines energischen Kampfes gegen das Leiden, namentlich bei solchen Patienten, die nicht in der Lage sind, sofort rationelle ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hier ist das beste Verfahren die Extirpation des Tränensackes, die noch häufiger als es jetzt geschieht, vorgenommen werden sollte. Das danach gelegentlich zu konstatierende Tränen kann lästig sein, aber die Gefahr für den Bestand des Auges ist beseitigt.

Liegt nun eine solche oder andere Infektionsquelle vor, so wird es, namentlich wenn es sich um Rißwunden handelt, leicht zur Infektion kommen. Schon bald nach dem Unfall stellen sich heftige Schmerzen in Stirn und Auge ein, die Lider sind geschwollen, die Bindehaut desgleichen, beim Oeffnen des Lides fließt eine größere Menge von schmutziger Tränenflüssigkeit ab, die Hornhaut ist in verschiedener Intensität getrübt. Die Vorderkammer enthält Eiter, ein Einblick in das Innere des Auges ist nicht möglich, das Sehvermögen ist auf ein Minimum gesunken. Die Symptome steigern sich, es kommt zur sogenannten Panophthalmie, d. h. dem Zustand, bei dem alle Bulbusteile von Eiter durchsetzt sind. Meist sind die Beschwerden unerträglich, und der Patient willigt dann gern ein in die Unschädlichmachung des Augapfels (Exenteration oder Enucleation). In anderen Fällen entwickelt sich eine schleichende Entzündung mit dem Ausgang in Phtisis bulbi und nur in einzelnen wenigen Fällen kommt es zur Resorption des Exsudates mit mehr oder weniger vollständiger Restitutio ad integrum.

Diesen letzten uns von der Natur vorgezeichneten Endausgang nun häufiger zu erzielen, ist das Bestreben jedes Arztes, und man hat die verschiedensten Wege zur Erreichung desselben einschlagen zu müssen geglaubt. Es gab eine Zeit, und sie datiert noch nicht lange zurück, in der man fatalistisch die Sache gehen ließ und höchstens zur Applikation feuchter Wärme, die den Stoffwechsel anregen sollte, sich entschloss. So wurden z. B. infizierte Staraugen vielfach behandelt. In Parenthese sei hier bemerkt, daß trotz aller anti- und aseptischer Maßnahmen immer noch eine ganze Anzahl von Staroperationen an Infektion zugrunde gehen. Wer dies auf Grund der vielfach herausgegebenen glänzenden Statistiken nicht glaubt, der braucht nur in konsultierender Praxis und in großen Polikliniken sich der Mühe unterziehen, die Fälle zu sammeln, und er wird mehr finden, als er vermutet hatte. Der Standpunkt des Gehenlassens ist aber nicht gerechtfertigt, weil man doch in einer Reihe von Fällen durch zielbewußtes Vorgehen Resultate erzielen kann.

An einigen Beispielen sei es mir gestattet, die Behandlung zu besprechen.

Es kommt ein Mann, dem vor einigen Tagen ein Stahlsplitter in die Hornhaut geflogen ist. In der Fabrik hat man ihn mit einer Federpose entfernt. Zwei Tage waren die Beschwerden gering. Jetzt seien heftige Schmerzen da, das Auge träne permanent, und die Sehkraft sei stark vermindert.

Wir finden Chemose, eine eitrig infiltrierte Stelle in der Hornhaut und diffuse milchgraue Trübung derselben; die Pupille ist eng. Das erste Augenmerk ist, wie immer in solchem Fall, auf den Tränensack zu richten. Eitrige Massen fließen beim Druck auf den Sack aus dem Tränenpunkt heraus.

Das ratsamste ist es, sofort zur Exstirpation zu schreiten. Geht dies aus bestimmten Gründen nicht, so spalten wir den Tränensack von außen, tamponieren mit Jodoformgaze und lassen allmählich unter gleichzeitiger Behandlung der Sackschleimhaut mit dem scharfen Löffel oder mit Argentum nitricum die Wunde zuheilen. Die infiltrierte Stelle der Cornea wird mit der Glühschlinge ausgebrannt und Jodoform aufgepudert. Daneben Atropin und ein feuchter Sublimat-Mullverband (Monoculus).

In der Mehrzahl der Fälle gehen alle Erscheinungen prompt zurück, und es bleibt nur eine macula corneae übrig. Schreitet das Infiltrat fort, so wird die Galvanokaustik am nächsten Tage wiederholt. Ein kleines Hypopyon kann unberücksichtigt bleiben. Ist es groß, so wird nach der Galvanokaustik eine Punktion der vorderen Kammer gemacht.

Unter Umständen empfiehlt es sich, bei der Ausbrennung des Geschwürs gleich die Hornhaut zu perforieren. Ist das Geschwür trotzdem am andern Tage wieder beträchtlich, so lüftet man die Wundränder mit dem Spatel und läßt den Eiter nochmals abfließen. Viele führen mit dem Spatel gleich antiseptische Flüssigkeit ein. Ich habe von dieser Maßnahme, ganz abgesehen davon, daß es außerordentlich schwer fällt, die Flüssigkeit in die vordere Kammer zu bringen, nie einen wesentlichen Nutzen gesehen.

Ein anderer Patient hat sich mittels eines Drahtes durch die Sclera hindurch den Glaskörper infiziert. Chemosis, Conjunctiva an der Einstich-Stelle schmutzig belegt, Kammerwasser trübe, Pupille eng, Exsudat daselbst, ein gelblicher Schein aus dem Corpus vitreum, Sehvermögen stark herabgesetzt. Man kann versuchen mit Atropin, feuchtem Verband, Bettruhe, Darreichung von Calomel innerlich, des Prozesses Herr zu werden. Bisweilen gelingt dies, meist aber ist am folgenden Tage eine Verschlimmerung zu konstatieren, und oft ist durch das Abwarten ein nicht gut zu machender Schaden entstanden.

Deshalb ist es meines Erachtens ratsamer, gleich ein energisches Vorgehen einzuschlagen. Außer den beschriebenen Encheiresen säubern wir den Konjunktivalsack, lockern mit Pinzette und Scheere die Konjunktiva in der Umgebung der Wunde, gehen mit dem spitzen Paquelin-Brenner tief in den Glaskörper hinein (endoculare Galvanokaustik) und vernichten die infiltrierte Partie. Gelegentlich sieht man danach gute Resultate, ein andermal schreitet der Prozeß fort, und es kommt danach zur Panophthalmie; ein drittes Mal entwickelt sich eine schleichende Iridochorioditis, die wegen Befürchtung einer sympathischen Ophthalmie die Enucleation notwendig macht, und ein viertes Mal kommt es zur Bildung von Glaskörpersträngen mit secundärer Ablatio retinae. —

Ein Kind hat sich mit der Scheere die Hornhaut, Regenbogenhaut und Linse verletzt. Ein Teil der Iris ragt aus der Rißöffnung heraus, die Hornhaut ist schmutzig verfärbt, ein kleines Hypopyon ist sichtbar. Ich rate, in Narkose die Iris zu fassen, vorzuziehen, abzuschneiden und die im Stichkanal noch befindlichen Teile mit Spatel zu reparieren. Eventuell erweitere man ein wenig den Riß und lasse die gelblichen Linsenmassen abfließen. Bisweilen können die zähen, klebrigen Flocken besser durch Aspiration entfernt werden, doch hüte man sich vor Glaskörperverlust; nachher Atropin, Verband und Bettruhe. Wenn sich ein Hypopyon zeigt, und wenn schon deutlich schwere entzündliche Erscheinungen vorhanden sind, halte ich ein gleiches Verfahren für indiziert und daneben subkonjunktivale Injektion von Sublimat 1 : 1000 oder Hydrargyrum oxycanatum 1 : 2000. Eine zuverlässige Erklärung, in welcher Weise diese Antiseptica eine günstige antiseptische Beeinflussung aufs Augeninnere ausüben, kann nicht gegeben werden. Andre, die den Wert der Einspritzung nur in der Anregung des Stoffwechsels sehen, bevorzugen die subkutane Verwendung von Chlornatriumlösung (4 %). Letztere ist weniger schmerzhaft, ruft keine Aetzwirkung hervor und dürfte therapeutisch das Gleiche leisten. Waren die Wundränder schon infiltriert, so sind sie galvanokaustisch zu sterilisieren, und falls sie weit klaffen, mittelst der Kuhnt'schen Konjunktivalplastik zu schließen. Bei diesem Verfahren, das in sehr vielen Fällen, so z. B. bei Ulcus corneae serpens vorzügliche Dienste leistet.

werden die Defekte durch einen gestielten Konjunktivallappen gedeckt und letzterer durch Suturen befestigt.

Als typisches Beispiel unsres Vorgehens bei der Infektion kann eine unglückliche Staroperation gelten. Patient ist am Vormittag glatt operiert, ein Tränensackleiden war vielleicht nicht nachweisbar, oder unsaubere Instrumente wurden in die vordere Kammer eingeführt oder mit dem sauberen Spatel wurden vom Konjunktivalsack her, der sich auf keine Weise völlig sicher aseptisch herstellen läßt, Infektionskeime ins Auge gebracht. Bereits am Abend sind Schmerzen vorhanden, wir sehen bei der Entfernung des Verbandes in großer Menge schmutzige Tränenflüssigkeit zwischen den Lidern hervorquellen. Das Auge ist gerötet, lichtscheu, die Wundränder sind grau verfärbt, doch läßt sich eine sichere Diagnose nicht stellen. Am nächsten Morgen sind die Lider stark geschwollen, die Wundränder graugelb infiltriert, wir sehen ein großes Hypopyon und eine Verfärbung des Irisgewebes. Will man in solchen Fällen etwas erreichen, so warte man aus Besorgnis wegen der Stimmung des Patienten nicht lange ab, sondern gehe, sobald die Diagnose der Infektion gestellt ist, gleich radikal vor, und sei es um Mitternacht. Wegen der oft unvermeidlichen Rücksichtnahme von seiten des Arztes, werden im allgemeinen Patienten der dritten Klasse sich besser stehen als die der sogenannten ersten.

Was aber soll geschehen? Ich bringe den Patienten sofort in das Operationszimmer und gebe, falls mir nicht eine allgemeine Narkose rationell erscheint, reichlich Cocain. Wenn möglich, d. h. wenn es überhaupt gelingt, den Bulbus nach unten zu ziehen, wird ein Konjunktivallappen gebildet. Ein solcher Lappen schützt die Wunde und bringt durch seine zahlreichen Gefäße oft eine nicht geahnte Heiltendenz. Mittels eines Spatels oder einer Lanze öffnen wir die Wunde und lassen das Kammerwasser mit dem Hypopyon abfließen. Jetzt wird sorgfältig bei fokaler Beleuchtung alles infiltriert aussehende Hornhautgewebe mit der Glühschlinge verbrannt. Diese Sterilisierung dürfte derjenigen durch konzentrierte Karbolsäure, Sublimatlösung usw. wegen der genauen Abgrenzungsmöglichkeit vorzuziehen sein.

Hierauf führen wir Jodoform in die vordere Augenkammer ein. Es ist dies ein Verfahren, auf welches besonders Haab und Ostwalt die Aufmerksamkeit gelenkt haben. Das Hineinschieben macht gelegentlich große Schwierigkeiten. Hat man reines, pulverisiertes Jodoform, so wird man am besten einen Troikart verwenden. Das Einschieben des Pulvers durch Spatel, Löffel, Sonde etc. gelingt meist nicht. Besser verwertbar sind Jodoform-Plättchen und Stäbchen (zu beziehen aus der Apotheke „am Kreuzplatz“ in Zürich). Dieselben sind aseptisch hergestellt und müssen natürlich mit sauberen Instrumenten gefaßt werden. Sie liegen längere Zeit in der Vorderkammer, lösen sich allmählich auf und sollen daselbst ihre antiseptische Wirkung entfalten. Indessen leugnen dies einige Autoren und vindizieren dem Jodoform nur eine entwicklungshemmende Eigenschaft auf die Mikroorganismen. Zuerst spendeten alle Operateure dieser Methode uneingeschränktes Lob, und es liegt eine große Anzahl von Beobachtungen vor, in denen es gelang, anscheinend verlorene Bulbi durch sie zu retten. In letzter Zeit ist die Begeisterung geringer geworden. Man hat nämlich mehrfach gesehen, daß derartig behandelte Bulbi zwar nicht an Panophthalmie zu Grunde gingen, daß sich aber eine schleichende Iridochorioiditis entwickelte, die zur sympathischen Entzündung des zweiten Auges führte. Ein solcher Ausgang muß selbstverständlich zur Vorsicht mahnen. Ich selbst habe ebenfalls derartige Fälle zu beobachten Gelegenheit gehabt, und gebe daher reinem pulverisiertem sterilisiertem Jodoform den Vorzug. (Jodoform wird in Karbolsäure, die man unter einer Glasglocke verdunsten läßt, sterilisiert.)

Wenn man will, kann man diesen Eingriff mit subkonjunktivalen Injektionen, Atropineinträufelungen und feuchten Verbänden kombinieren. Ausgehend von dem Gedanken, daß ein schlaffer Körper die Mikroorganismen schlechter überwindet, als ein gesunder, lege ich auf Bettruhe weniger Wert, gebe aber Wein, Chinin innerlich, und sorge für gute, kräftige Ernährung. Infiltrieren sich die Wundränder von Neuem, so wird nochmals gebrannt und Jodoform aufgepudert. Doch ist dann in der Regel die Hoffnung auf Erfolg nur minimal.

Noch zu erwähnen ist das in letzter Zeit besonders warm von Schirmer empfohlene Verfahren der Applikation grosser Quecksilbergaben. Er macht Schmierkuren von 6—8 gr pro die und spritzt ausserdem Quecksilber intraglutaeal ein. Kombiniert hiermit kommen die verschiedenen schon erwähnten therapeutischen Maßnahmen zur Anwendung. Ich habe, weil theoretisch die Sache plausibel erscheint schon vor etwa 15 Jahren als Assistent Schweiggers die Schmierkur in großen Dosen versucht, ohne allerdings in praxi so glänzende Resultate zu erzielen. Ich hatte immer den Eindruck des Ueberwiegens der anderen gleichzeitig in Bewegung gesetzten therapeutischen Faktoren. Immerhin ist in schweren Fällen auch dies Verfahren heranzuziehen.

Wenn wir nun auch ein gutes Stück Weges weiter gekommen sind als früher, wo man resigniert der um sich greifenden Eiterung zusah, so sind wir doch noch weit vom Ziel entfernt, und so manches Auge wird noch wie früher durch Eiterung zugrunde gehen. Es erklärt sich dies aus der Zartheit des Organes, seiner wenig zugänglichen Lage, und vor allem aus dem Umstande, daß wir am Auge mit jedem Millimeter rechnen müssen. Für den Patienten ist es schließlich gleichgültig, ob er die Transparenz seiner Hornhaut durch Vereiterung oder durch die hilfebringende Galvanokaustik des Operateurs verloren hat.

Alkoholismus und Ehescheidung.

Von

Dr. F. Leppmann.

(Nach einem in der Berliner Gerichtsärztl. Vereinigung gehaltenen Vortrag.)

Die bürgerliche Ehe ist lediglich eine Einrichtung sozialer Zweckmäßigkeit. Der Staat hat ein dringendes Interesse daran, daß die geschlechtliche Gemeinschaft zwischen Mann und Weib, mit einer Verpflichtung zu gegenseitiger Fürsorge im weitesten Sinne und zu gemeinsamer Fürsorge für die Nachkommenschaft verknüpft wird. Es ist durchaus folgerichtig, wenn der Staat, solange die Möglichkeit einer solchen Fürsorge gegeben ist, nicht duldet, daß die Ehe auf einseitigen Wunsch eines Ehepartners, oder auch auf übereinstimmenden Wunsch beider Gatten gelöst werde.

Andrerseits wäre es aber ebenso folgerichtig, wenn der Staat die Auflösung der Ehe nicht nur duldete sondern begünstigte, sobald Verhältnisse eintreten, welche die Erfüllung der Fürsorgepflichten unmöglich machen, oder gar dahin führen, daß durch das Fortbestehen der Ehe die Mehrzahl der Beteiligten ernstlich geschädigt wird.

Das geltende Deutsche Eherecht, wie es im Bürgerlichen Gesetzbuch festgelegt ist, läßt freilich nicht erkennen, daß es von solchen Erwägungen über das Wesen der bürgerlichen Ehe diktiert wäre. Wir fühlen uns förmlich in ein Strafgesetzbuch, in das Sühnerecht alten Styls hinein versetzt, wenn wir die §§ 1565 bis 1568 durchlesen: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andre Ehegatte sich des Ehebruchs oder einer nach den §§ 171, 175 des Strafgesetzbuchs strafbaren Handlung schuldig macht; wenn der andre Ehegatte ihm nach dem Leben trachtet; wenn der andre Ehegatte ihn böslich verlassen hat; wenn

der andre Ehegatte durch schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten oder durch ehrloses oder unsittliches Verhalten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses verschuldet hat, daß dem andern Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann. Ueberall kehrt hier die Voraussetzung wieder, daß zur Scheidung der Ehe ein bewußt schuldhaftes Verhalten eines Ehegatten notwendig ist. Erst im § 1569, und nur in diesem, wird die Möglichkeit einer Ehescheidung aus andern Gründen, nämlich wegen Geistesstörung, eröffnet, aber mit einem dreifachen Wall von Einschränkungen umgeben: Die Krankheit muß während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert haben, sie muß nach menschlichem Ermessen unheilbar sein, und sie muß die geistige Gemeinschaft der Ehegatten völlig aufheben.

Es ist nicht unseren Amtes zu prüfen, ob vielleicht, abgesehen von schuldhafter Pflichtverletzung und Geistesstörung noch andre Ehescheidungsgründe mit dem staatlichen Interesse vereinbar gewesen wären, wohl aber liegt es uns Aerzten ob, uns darüber klar zu werden, ob das Gesetz hinreichend diejenigen Fälle berücksichtigt hat, in denen äußerlich zwar der Tatbestand der §§ 1565 bis 1568 gegeben scheint, die Frage des Verschuldens aber wegen Geisteskrankheit des betreffenden Ehegatten verneint werden muß, und diese Geisteskrankheit gleichwohl nicht den Forderungen des § 1569 entspricht.

Von vornherein werden wir uns sagen müssen, daß hier eine Lücke im Gesetz vorliegt. Meine Aufgabe soll es sein, die einschlägigen Verhältnisse auf einem für die Allgemeinheit besonders wichtigen Gebiete, auf dem des Alkoholismus, zu prüfen.

Daß die Trinkerehen im volkstümlichen Sinne unglücklich zu sein pflegen, ist allgemein bekannt. Dem entsprechend sind auch ungemein viel Scheidungsklagen in letzter Reihe auf Alkoholismus des einen Ehegatten zurückzuführen. Die Statistik läßt uns hier zwar, aus naheliegenden Gründen, im Stich, aber erfahrene Bearbeiter der Alkoholfrage schätzen die Zahl der Ehescheidungen bei Trinkern nahezu auf die Hälfte Aller. Der Alkoholiker gelangt eben leichter als ein andrer Mensch dahin, die Ehe zu brechen, seiner Frau nach dem Leben zu trachten, sie böslich zu verlassen oder sonst durch ehrloses oder unsittliches Verhalten die Ehe zu zerrütten.

Vom Standpunkt des Irrenarztes betrachtet, können die Verhältnisse bei der Ehescheidungsklage gegen einen Alkoholisten dreifach verschieden liegen.

In der einen Gruppe von Fällen handelt es sich einfach um rohe oder genußsüchtige Menschen, denen weder Urteilsfähigkeit noch Willenskraft in krankhafter Weise mangelt, die aber gleichwohl Trinkexcesse begehen, weil ihnen der Einfluß des Alkoholmißbrauchs auf ihr Handeln gleichgültig ist, oder weil ihnen womöglich der Gedanke an den Unfug, den sie dann stiften werden, Spaß macht. Es bedarf keiner näheren Erörterung, daß in solchen Fällen der Ehescheidung nach dem B. G. B. keine grundsätzlichen Schwierigkeiten im Wege stehen.

Auf dem entgegengesetzten Flügel steht die zweite Gruppe, die der dauernd und hochgradig geisteskrank gewordenen Alkoholisten. In einem Bruchteil aller Fälle führt bekanntlich die chronische Alkoholvergiftung zu schwerer entgültiger Verblödung oder zur Bildung von Wahnsystemen, welche nicht mehr zu beseitigen sind, und gerade durch ihre engen Beziehungen zur Ehe selbst, ein Zusammenleben, ein gegenseitiges Verständnis der Ehegatten unmöglich machen. Der Umfang dieser Gruppe darf aber nicht überschätzt werden. Es ist überraschend, wie die geistigen Veränderungen selbst bei alten Säufern unter langdauernder Alkoholentziehung zurückzugehen pflegen. Selbst Störungen der Verstandesfähigkeit, die vorher als endgiltige Verblödung erscheinen konnten, hellen sich dann noch in hohem Maße auf. Darum wird die Frage der Unheilbarkeit gerade bei Alkoholpsychosen mit großer Vorsicht behandelt werden müssen, und über Aufhebung der geistigen Gemeinschaft denken die Gerichte ja sehr verschieden.

Zwischen den beiden bisher genannten Gruppen steht aber eine sehr große Anzahl von Alkoholisten, bei denen krankhafte Geisteszustände wesentlichen Anteil an den unter dem Einfluß des Alkohols begangenen Verfehlungen gegen die Pflichten der Ehe haben, während doch andererseits eine Geistesstörung von dem Umfang und der Dauer, wie sie § 1569 erfordert, nicht vorliegt. Es gibt zunächst Menschen welche aus unüberwindlichem inneren Zwang Alkohol im Uebermaß genießen (Trunk„süchtige“ im engeren Sinne), und infolgedessen füglich für ihre unter Alkoholwirkung begangenen Handlungen nicht verantwortlich gemacht werden dürften. Das nächstliegende, aber nicht einzige, Beispiel sind die von den Aerzten jetzt wohl übereinstimmend als Geisteskranke erkannten Periodentrinker. Ferner geraten manche nicht dauernd geisteskranke Personen durch Alkoholgenuß in einen Zustand krankhafter seelischer Erregung und Urteilsunfähigkeit, in welchem sie dann allerlei Tollheiten begehen ohne im Augenblick dafür zurechnungsfähig zu sein. Endlich brauchen auch länger dauernde alkoholistische Geistesstörungen, wie wir sahen, eine Ehescheidung aus § 1569 nicht zu rechtfertigen.

Wie findet sich nun unsere Rechtspraxis mit Ehescheidungsklagen ab, welche Alkoholiker von dieser Gruppe betreffen? Es liegt in dieser Beziehung eine Oberstgerichtliche Entscheidung des Reichsgerichts vom 3. September 1902 vor*), worin es heißt: „Selbstverständlich kann der infolge der Trunksucht bei dem Trunksüchtigen eingetretene, also von ihm verschuldete krankhafte Zustand desselben zu seiner Entlastung bei einer damit im Zusammenhange stehenden Verfehlung im Sinne des § 1568 des B. G.-B. nicht verwertet werden.“ Auch sonst hat das Reichsgericht in einer Reihe von Entscheidungen den Standpunkt vertreten, daß schon beharrlicher Alkoholmißbrauch an und für sich, also ohne Rücksicht auf die einzelnen unter Alkoholwirkung begangenen Handlungen sehr wohl ein ehrloses oder unsittliches Verhalten im Sinne des § 1568 darstellen könne.

Wenn also Jemand durch Trinkgewohnheiten, denen er zunächst trotz der Fähigkeit besserer Einsicht und Selbstbeherrschung folgt, mit der Zeit so krankhaft verändert wird, daß er schließlich für seine einzelnen ehewidrigen Handlungen nicht mehr verantwortlich gemacht werden kann, so entgeht er nach der Rechtssprechung des Reichsgerichts der Ehescheidung doch nicht, denn in letzter Reihe ist er an der Zerrüttung seines Ehelebens doch selbst Schuld.

Für manche Fälle mag diese Auffassung mit der Tatsache der ärztlichen Erfahrung übereinstimmen, aber ihrer allgemeinen Anwendung stehen doch sehr ernste Bedenken entgegen.

Zunächst möchte ich auf ein mehr formales Bedenken hinweisen. § 1571 B. G. B. sagt: „Die Scheidungsklage muß in den Fällen der §§ 1565 bis 1568 binnen 6 Monaten von dem Zeitpunkt an erhoben werden, an dem der Ehegatte von dem Scheidungsgrunde Kenntnis erhält“. In denjenigen Fällen nun, in denen die einzelnen Handlungen, welche zur Scheidungsklage führen, bereits im Zustande der Unzurechnungsfähigkeit begangen sind, liegt der eigentliche Scheidungsgrund, der schuldhafte, vermeidbare, beharrliche Alkoholmißbrauch meist jahrelang zurück, wird also in der Regel verjährt sein. Ja, noch mehr: Der Verfall in Trunksucht kann bereits vor Eingehung der Ehe erfolgt sein, sodaß der Trinker während seines gesamten Ehelebens bereits unfähig

*) Breßler, die Rechtspraxis der Ehescheidung bei Geisteskrankheiten und Trunksucht, seit Inkrafttreten des Bürgerlichen Gesetzbuches. Halle. Marhold 1903.

war, vom Alkohol zu lassen. Sollte in diesem Falle wirklich die oben angeführte Reichsgerichtsentscheidung anwendbar sein? Sollte es selbstverständlich sein, daß die vor so und soviel Jahren und sogar vor Eingehung der Ehe von dem Beklagten verschuldete Verfall in Krankheit nicht zur Entlastung des Beklagten verwertet werden kann? Eine solche Deutung würde doch mit unseren ganzen sonstigen Rechtsanschauungen unvereinbar sein.

Weit größeren Wert als auf diese Einwände formeller Art lege ich aber auf die sachlichen Bedenken, denen die Anwendbarkeit der vom Reichsgericht aufgestellten Grundsätze in sehr vielen Fällen unterliegt. In dem Ausdruck „der von dem Trunksüchtigen verschuldete krankhafte Zustand desselben" steckt die alte Volksanschauung: Alkoholkrank wird nur der, welcher Alkoholexzesse begeht, welcher sich schuldhaft betrinkt. Aber diese Anschauung ist falsch: Zahlreiche Personen erwerben das Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus mit seiner ganzen seelischen Verkommenheit, ohne daß sie nach der in ihren Kreisen herrschenden Auffassung einen Exzeß begehen, und ohne daß sie Gelegenheit haben, ihre Alkoholgewöhnung als Alkoholmißbrauch zu erkennen.

Zu diesen unschuldigen Alkoholisten gehören in erster Linie die Personen, welche durch ihren Beruf darauf hingewiesen sind, etwas reichlicher als der Durchschnittsarbeiter oder -Bürger alkoholische Getränke zu sich zu nehmen: der Gastwirt, der Brauer, der Weinreisende, der Droschkenkutscher, der Feuerarbeiter usw. usw. Bei ihnen allen handelt es sich nicht darum, daß sie sich stundenlang in Ruhe hinsetzen und ein Glas nach dem andern trinken, oder daß sie von Kneipe zu Kneipe ziehen, sondern lediglich um regelmäßig und häufig wiederholte kleine Angiftungen. Der dem allgemeinen Publikum geläufige Sitten- und Pflichtencodex enthält keine Vorschrift gegen eine solche Lebensführung; auch ist die gesundheitliche Erkenntnis des Durchschnittspublikums noch nicht soweit vorgeschritten, daß der Hinweis auf geschäftlichen Zwang zum Trinken, oder auf die Notwendigkeit den Durst zu löschen oder sich innerlich anzuwärmen, etwa als bloßer Vorwand für eine leichtfertige Lebensführung betrachtet werden dürfte. Infolgedessen kann man den Angehörigen der von mir gemeinten Berufe ihren häufigen und regelmäßigen Alkoholgenuß bestimmt nicht als Ehrlosigkeit oder Pflichtverletzung auslegen. Gleichwohl aber kann der Mensch durch diese Summe geringer Angiftungen genau so gut einen unüberwindlichen Drang zum Trinken und eine krankhafte Erregbarkeit oder Einsichtslosigkeit, welche das Eheleben unerträglich macht, erwerben, wie durch schuldhafte Alkoholexzesse, durch wüste Saufgelage.

Des Weiteren gehören zu den unschuldigen Alkoholikern viele von denjenigen Personen, deren Organismus eine abnorm verringerte Widerstandskraft gegen die Giftwirkung des Alkohols besitzt. Dahin gehören viele körperlich schwächliche Menschen, erblich belastete und psychopathisch Minderwertige von Jugend auf, während andere erst im Laufe des Lebens durch seelische Erschütterungen, Ueberanstrengung, Krankheiten und Unfälle in ihrer Widerstandskraft gegen das Gift geschwächt werden. Allen diesen Personen gemeinsam ist, daß sie diejenige Menge geistiger Getränke, deren gewohnheitsmäßiger Genuß nach der Anschauung des Publikums noch mit einem ehrenhaften Lebenswandel vereinbar ist, schon nicht mehr vertragen. Das braucht sich nicht etwa in einer stärkeren Berauschbarkeit zu äußern, sondern nur darin, daß sie trotz scheinbarer Mäßigkeit mit der Zeit das deutliche Krankheitsbild des chronischen Alkoholismus einschließlich des seelischen Verfalles der Trinker aufweisen.

Es bleiben also zahlreiche Alkoholiker-Ehen übrig, welche zwar so zerrüttet sind, wie es die §§ 1565 bis 1569 B. G. B. voraussetzen, welche aber bei sinngemäßer Anwendung des geltenden Rechts nicht geschieden werden können.

Ich erinnere hier an eine von Bresler a. a. O. angeführte Entscheidung des Oberlandgerichts zu Karlsruhe, in der es heißt: die schlechte Behandlung, die ein Ehegatte von dem geisteskranken Teil erfahre, könne nicht einer der Gründe der Ehescheidung wegen Geistesstörung sein, da der letztere für diese Handlungen nicht verantwortlich zu machen sei.

Wenn wir im Hinblick auf diese Verhältnisse eine Berücksichtigung des Alkoholismus im Ehescheidungsrecht nach Grundsätzen der reinen Zweckmäßigkeit fordern, so sehen wir eine Reihe von Einwänden voraus, denen unser Vorschlag begegnen wird.

Man wird uns sagen: kein Gesetz kann alle Spezialfälle decken, es wird immer unglückliche Ehen geben, auf welche die grade geltenden Scheidungsgründe nicht passen wollen. Sind denn grade die Alkoholistenehen so wichtig, daß sie ein Sondergesetz erfordern? Grade diese Frage ist es aber, welche bejaht werden muß. Ich habe an andrer Stelle*) ausgeführt, wieso gerade die Alkoholikerehen besonders traurige Verhältnisse darzubieten pflegen. Hier will ich nur auf drei Tatsachen hinweisen, vermöge deren die Trinkerehen angesichts der enormen Verbreitung des Alkoholismus eine schwere Gefahr für das Gemeinwesen darstellen: die Verarmung der Trinkerfamilien, welche dem Staat und seinen Unterverbänden schwere Geldlasten auferlegt, die Verrohung dieser Familien, welche ganze Heerde des Verbrechens und der Prostitution schafft (u. a. ist Blutschande zwischen Vater und Tochter ein weitaus meist bei Säufern vorkommendes Verbrechen) und die Entartung der Trinkernachkommen, welche sich in verringerter körperlicher Widerstandsfähigkeit, in Schwachsinn, Epilepsie und seelischer Minderwertigkeit kundgibt. Bei dem letzteren Punkte ist es für unsere vorliegende Besprechung ganz gleichgültig, ob der elterliche Alkoholismus die eigentliche Ursache der Entartung oder nur ein Zwischenglied im Verfall des Stammes bildet. Fest steht soviel, daß rechtzeitige Trennung der Trinkerehen wenigstens einigermaßen im Stande sein wird, die soeben genannten Gefahren für die Allgemeinheit hintanzuhalten.

Hier haben wir uns freilich gegen einen Angriff aus dem eignen Lager, gegen eine von ärztlicher Seite vertretene Anschauung zu wehren. Es gibt viele Kollegen, denen die Fürsorge für den einzelnen kranken Menschen in jedem Falle wichtiger erscheint, als die gegen den Einzelnen freilich manchmal etwas harte soziale Hygiene. So ist denn auch die Anschauung vertreten worden: Man möge den schon an und für sich unglücklichen Alkoholkranken nicht noch ihre letzte Stütze, den Anhalt an ihrer Familie, rauben. Man möge sie heilen, statt sie zu verstoßen. Ich kann mich auf diesen Standpunkt nicht stellen. Wenn der Trinker noch Einsicht genug besitzt, um seine Heilung ernstlich zu wünschen, so wird er nicht erst die Ehescheidungsklage abwarten, ehe er sich in eine Heilanstalt begibt. Und von der Beständigkeit der Heilungen, die unter dem Drucke des Scheidungsverfahrens oder gar nach Entmündigung des Trinkers gegen seinen eignen Willen versucht werden, wird sich wohl der größte Optimist nicht zuviel versprechen. Auch bleibt es ja sehr fraglich, wie weit nach erfolgter Alkoholentziehung die Ehefähigkeit wieder hergestellt wird. Wenn man die Reichsgerichtsentscheidungen liest, so merkt man schon, wie windig es oft mit den zwecks Verhütung der Ehescheidung unternommenen Heilstättenkuren der Trinker aussieht. Auf die Rückkehr folgt oft alsbald der Rückfall. Man möge also für diese Kranken jede Art der Fürsorge treffen, nur nicht diejenige, bei welcher das Wohl ihrer Familie und des Staates aufs Spiel gesetzt wird: die Aufrechterhaltung der Ehe.

*) Senator-Kaminer: Krankheiten und Ehe. München. J. F. Lehmann. 1904.

Vom praktischen Standpunkt möchte am ehesten noch einen Schein der Berechtigung derjenige Kritiker haben, welcher auf unsern Vorschlag entgegnet: In der Praxis gestaltet sich ja die Scheidung der Trinkerehen garnicht so schwierig, wie es theoretisch scheinen könnte. Der Richter stellt einfach den objektiven Tatbestand der §§ 1565, 66 usw. fest und forscht garnicht erst danach, ob die subjektive Schuld durch geistige Störung ausgeschlossen war. Und der Trinker selbst kommt gewöhnlich nicht auf die Idee, sich als Opfer einer Krankheit darzustellen. Tatsächlich mag das vielleicht so sein, aber rechtmäßig ist es nicht. Wir treten doch auf eine sehr bedenkliche Brücke, wenn wir uns darauf verlassen, daß zweckmäßige Entscheidungen per nefas gefällt werden werden. Es steht dann eine ähnliche Entwicklung zu erwarten, wie wir sie in strafrechtlicher Beziehung gegenwärtig schon haben: die Fälle, in denen der Angeklagte oder dessen Vertreter Geisteskrankheit als Strafausschließungsgrund geltend machen, mehren sich, und die Sicherungsmaßregeln gegen gemeingefährliche Geisteskranke erweisen sich als ungenügend. Der Richter steht dann vor dem Dilemma, entweder den Geisteskranken zu Unrecht zu verurteilen, oder einen sehr gefährlichen Menschen ungenügend verwahrt zu wissen. Ganz ebenso kann es auch bei den Ehescheidungen kommen, wenn der Einwurf der geistigen Störung mit der Zeit an Popularität gewinnt und der Gesetzgeber nicht rechtzeitig Mittel und Wege findet, das daraus entstehende Unheil zu verhüten.

Wenn so der Grundsatz, daß Alkoholismus als Ehescheidungsgrund dem Bürgerlichen Recht eingefügt werden muß, meines Erachtens gegen die als möglich erscheinenden Einwände genügend gesichert ist, so wird freilich die Formel für den neu zu schaffenden Gesetzesparagraphen nicht leicht zu finden sein.

Die Gesetzgebung fremder Staaten wird schwerlich als Vorbild dienen können. Unseres Wissens hat außer den amerikanischen Unionsstaaten Kalifornien und Utah nur England (seit 2 Jahren) eine „Ehescheidung wegen Trunksucht", und diese leidet an dem Fehler, nur den schweren Rausch als ausschlaggebend anzuerkennen, noch viel mehr als unser Scheidungsrecht. Jede Trunkenheit, die den Menschen unter das Niveau eines 7jährigen Kindes bringt, ist strafbar; bei der dritten Strafe kommt der Betreffende auf die Trinkerliste, und der andere Ehegatte kann dann sofort Scheidung der Ehe zu seinen Gunsten verlangen. Ich wüßte nicht, was die „praktischen Engländer" Unpraktischeres als die Vergleichung eines Betrunkenen mit einem Kinde, die noch dazu nach Lage der Sache doch nur auf Grund flüchtiger Eindrücke zufällig anwesender laienhafter Personen erfolgen kann, hätten schaffen können. Ebensowenig ist einzusehen, was die „gründlichen Deutschen" veranlassen sollte, eine so überaus ungründliche, oberflächliche Rechtsnorm nachzuahmen.

Am besten wäre es schon, wir könnten die Ausdrücke „Alkoholismus" oder „chronische Alkoholvergiftung" in das Gesetz bringen, denn sie allein umfassen alle Schädigungen durch geistige Getränke und halten sich von mißverständlicher bezw. mißzuverstehender Psychologie fern. Aber sie sind nicht volkstümlich genug, der Laie denkt sich dabei nicht das, was sie wirklich bedeuten.

Der demnächst zur Verfügung stehende Ausdruck „Trunksucht", der im B. G. B. beim Entmündigungsrecht schon vorkommt, bildet schon an dieser Stelle eine Quelle immer neuer Hindernisse und Irrungen. Die Kommentatoren (Plaunck und im Anschluß daran das Reichsgericht) erklären: Trunksucht ist nach Aussage der Aerzte ein krankhafter Zustand, der den Menschen unwiderstehlich beherrscht — und wenn dann ein alter Säufer sich im Entmündigungsprozeß etliche Wochen ohne äußeren Zwang alkoholfrei hält, wird er nicht entmündigt, weil er nicht trunksüchtig sei. Das hindert aber nicht, daß in den Motiven zum B. G. B. und demgemäß auch wieder in der Rechtsprechung des Reichsgerichts Trunksucht im ganz laienhaften Sinne als ein ehrloses oder unsittliches Verhalten bezeichnet wird, welches gegen die durch die Ehe begründeten Pflichten verstoße.

In keinem Falle also dürfen wir „Trunksucht" ohne weiteren Zusatz in das Ehescheidungsrecht einfügen. Dagegen wäre schon etwas geholfen, wenn man sagte „Trunksucht oder Trunkfälligkeit". Der letztere Ausdruck stand früher im Krankenversicherungsgesetz und bezeichnet da in kaum mißzuverstehender Weise einen schuldhaften Mißbrauch geistiger Getränke, während in dieser Zusammenstellung auch der Laie dazu neigen wird, Trunksucht als „krankhaften" Alkoholmißbrauch zu deuten. Ich gestehe gern, daß ich auch mit dieser Formel noch nicht ganz zufrieden bin, sie bringt die krankhaft verstärkte Wirkung scheinbar mäßiger Alkoholmengen nicht genug zum Ausdruck. Aber ich habe keine bessere gefunden, und es handelt sich ja auch nur um einen vorläufigen Vorschlag, für den, wenn er im Prinzip erst als richtig erkannt ist, eine brauchbare Zurechtfeilung schon zustande kommen wird.

Der Gesetzesparagraph, auf den ich abziele, würde also etwa lauten: Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn durch Trunkfälligkeit oder Trunksucht des andern Ehegatten eine so tiefe Zerrüttung des ehelichen Verhältnisses bewirkt ist, daß dem Ehegatten die Fortsetzung der Ehe nicht zugemutet werden kann.

Eine in diesem Sinne gehaltene Bestimmung würde zunächst die im Interesse des Gemeinwesens so wünschenswerte Trennung der Trinkerehen wesentlich erleichtern. Sie würde aber auch darüber hinaus wertvoll als ein Schritt zu dem Ziele sein, auf das hinzuarbeiten wir Aerzte als Naturwissenschaftler besonders berufen sind: zu einer Geltendmachung reiner Zweckmäßigkeitsnormen in unserm Rechtsleben.

Gerichtliche Entscheidungen.

Unter dem „Hören" des behandelnden Arztes im Sinne der Unfallversicherungs-Gesetze ist die Einforderung eines Gutachtens zu verstehen.

Die neuen Unfallversicherungs-Gesetze (§ 69 Abs. 3 des UVG., § 75 Abs. 3 des UVG. für Land- und Forstwirtschaft) enthalten in dem Abschnitt über die Feststellung der Entschädigungen folgende Bestimmung:

> „Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören."

Ueber die Frage, wie dieses „Hören" zu erfolgen habe, sind die Ansichten bisher sehr geteilt gewesen. Während die einen darunter die Einholung eines Gutachtens auf Kosten der Berufsgenossenschaft verstanden, glaubten die anderen, insbesondere viele berufsgenossenschaftlichen Organe, daß es genüge, wenn dem Arzt eine Aeußerung anheimgestellt und ihm sogar überlassen werde, sich eine Vergütung dafür von dem Rentenbewerber zu verschaffen. Eine Entscheidung des Reichs-Versicherungsamts, welche sich auf den ersteren Standpunkt stellte, fand bei den Vertretern der letzteren Ansicht schroff ablehnende Kritik. Ansichten, welche die widerstreitenden Interessen durch eine Mittelmeinung zu vergleichen suchten, entbehrten einer überzeugenden rechtlichen Begründung. In neuester Zeit hat nun das Reichs-

Versicherungsamt die Frage dankenswerterweise geklärt: in einem Rekursurteil vom 27. Juli 1904 ist der Gegenstand grundsätzlich erörtert und die erste Ansicht gebilligt worden, indem dabei auch die Pflicht der Berufsgenossenschaften zur Tragung der Kosten für die Abgabe der gutachtlichen Aeußerung besonders festgestellt wurde.

Diese Entscheidung wird in ärztlichen Kreisen allgemein interessieren. Ihr lag der Tatbestand zugrunde, daß eine Berufsgenossenschaft zwei Aerzten, welche den Verletzten nach einander an den angeblichen Unfallfolgen behandelt hatten, in einem Schreiben unter kurzer Mitteilung des Sachverhalts eröffnet hatte, daß ihnen gemäß § 75 Abs. 3 des landw. UVG. das Recht zustehe, sich zur Sache zu äußern; wollten sie von dieser Befugnis Gebrauch machen, so würden sie ersucht, ihre Aeußerung binnen 10 Tagen abzugeben. Beide Aerzte hatten dieses Schreiben unbeantwortet gelassen. Nachdem die Berufsgenossenschaft darauf den Anspruch durch berufungsfähigen Bescheid abgelehnt hatte, wies das Schiedsgericht auf die Berufung des Rentenbewerbers die Sache an die Berufsgenossenschaft zurück, damit diese nach vorheriger Anhörung der behandelnden Aerzte einen neuen berufungsfähigen Bescheid erteile. Den hiergegen von der beklagten Berufsgenossenschaft eingelegten Rekurs hat das Reichs-Versicherungsamt zurückgewiesen, indem es — ohne Verweisung an den erweiterten Senat, welche die Rekursklägerin nach § 17 des Hauptgesetzes vom 30. 6. 1900 beantragt hatte — im Anschluß an die frühere Entscheidung aussprach, daß es zur Befolgung jener gesetzlichen Vorschrift nicht genüge, wenn die Berufsgenossenschaft dem behandelnden Arzte die Abgabe einer gutachtlichen Aeußerung anheimgebe, daß sie vielmehr eine solche Aeußerung von ihm erfordern müsse.

In der ausführlichen Begründung wird zunächst dem Einwande begegnet, daß die in verschiedenen anderen Reichsgesetzen, insbesondere in den sog. Reichsjustizgesetzen, an mehreren Stellen sich findende Vorschrift, gewisse Personen „zu hören", nur dahin aufzufassen ist, daß diese Personen zum Worte zu verstatten sind. Es wird demgegenüber dargelegt, daß der Sprachgebrauch jener Gesetze keineswegs von den Unfallversicherungs-Gesetzen schlechthin übernommen, und daß der Ausdruck „hören" auch einer anderen Deutung fähig sei. Für die abweichende Auslegung auf dem Gebiete der Unfallversicherungs-Gesetze wird ferner besonders der Umstand hervorgehoben, daß die Stellung des behandelnden Arztes im Rentenfeststellungsverfahren eine wesentlich andere ist als diejenige der nach den Reichsjustizgesetzen zu hörenden Personen, also hauptsächlich des Staatsanwalts, des Beschuldigten und Angeklagten, seines Verteidigers, Ehegatten, gesetzlichen Vertreters u. s. w. Alle diese Personen seien an dem Verfahren selbst beteiligt, weil ihre eigenen oder die von ihnen vertretenen Interessen des Staats oder ihrer Schützlinge und Auftraggeber durch die zu treffende Entscheidung berührt würden; es genüge daher, wenn ihnen die Möglichkeit gesichert würde, zu Worte zu kommen; ob sie von dem Rechte Gebrauch machen wollten, könne ihrem eigenen Ermessen überlassen bleiben.

Im Unfallentschädigungsverfahren entspreche der Stellung dieser Personen die des Rentenbewerbers selbst — § 7 Abs. 1, § 95 Abs. 2 des UVG. f. L. u. F. —; er solle vor der Entscheidung Gelegenheit zur Aeußerung haben, im Sinne der Reichsjustizgesetze „gehört" zu werden.

„Ganz anders," heißt es weiter, „als die Stellung der bezeichneten Personen ist aber die Stellung des behandelnden Arztes im Rentenfeststellungsverfahren. Wenn er nicht etwa seinem Patienten besonderes Wohlwollen entgegenbringt, so hat er regelmäßig kein erhebliches Interesse daran, wie die Entscheidung über den Rentenanspruch des Verletzten ausfällt. Vielmehr ist es der Verletzte, der häufig ein erhebliches Interesse daran hat, daß bei Festsetzung seiner Rente die Meinung des behandelnden Arztes eingeholt werde. In dessen Interesse und nicht, wie man nach dem Inhalt des Schreibens der Beklagten an die behandelnden Aerzte annehmen müßte, in dem Interesse des Arztes ist die Bestimmung getroffen. Die Rechte des Arztes hat der Gesetzgeber nicht damit schützen wollen. Ihm ist nicht das Recht eingeräumt, sondern die Pflicht auferlegt worden, seine Kenntnis mitzuteilen. Er kennt den Verletzten und den Verlauf seiner Krankheit in der Regel genau, kann häufig über die oft schwer zu beantwortende Frage, ob ein Leiden erst durch den Unfall entstanden ist oder schon früher vorhanden war, entscheidenden Aufschluß geben und vermag nicht selten auch über andere für die Beurteilung des Entschädigungsanspruchs des Verletzten wichtige Tatsachen Angaben zu machen. Auch ist die Anhörung des behandelnden Arztes geeignet, ein etwa bestehendes Mißtrauen, der Verletzten gegen die Parteilichkeit der berufsgenossenschaftlichen Organe bei der Erteilung ihrer Rentenfeststellungsbescheide in einem wesentlichen Punkte zu beseitigen (zu vergleichen Rekursentscheidung 2001, Amtliche Nachrichten der R. V. A. 1903, Seite 472). Schon hieraus ergibt sich, daß die Vorschrift des § 75, Abs. 3 des Unfallversicherungs-Gesetzes für Land- und Forstwirtschaft eine im Interesse des Verletzten getroffene Maßnahme bildet, die ihm eine gründliche Prüfung der Berechtigung seines Anspruchs sichern und ihm zugleich die Berechtigung verschaffen soll, daß bei der Entscheidung auch ein völlig unbefangenes ärztliches Gutachten berücksichtigt wird. Daß diese Erwägungen tatsächlich für die Einführung der Bestimmung maßgebend waren, erhellt zudem mit Sicherheit aus den Verhandlungen des Reichstags (zu vergleichen Drucksachen des Reichstags, 10. Legislaturperiode, 1. Session 1898/1900, Stenographische Berichte, S. 5334 ff.).

Die Vorschrift würde aber jeder praktischen Bedeutung ermangeln, wenn die von der Beklagten ihr gegebene Auslegung richtig wäre. Denn da der behandelnde Arzt an dem Ausgange des Rentenfestsetzungsverfahrens in der Regel, wie bereits bemerkt, kein wesentliches Intereses hat, so wird er sich der Mühe der Erstattung einer gutachtlichen Aeußerung im allgemeinen nur dann unterziehen, wenn ihm eine solche nicht nur anheimgestellt, sondern von ihm erfordert wird. Die Ansicht der Beklagten, daß es Sache des Verletzten sei, den Arzt, nötigenfalls durch Zahlung einer Vergütung, zur Einreichung eines Gutachtens zu veranlassen, ist offenbar hinfällig. Träfe sie zu, so würde die erst in die Unfallversicherungs-Gesetze vom 30. Juni 1900 eingefügte neue Bestimmung sachlich nichts Neues geschaffen haben und überflüssig sein. Denn die Beibringung ärztlicher Gutachten auf eigene Kosten stand dem Rentensucher auch nach den früheren Unfallsversicherungs-Gesetzen zu und wäre ihm auch ohne jene Bestimmung nicht verwehrt. Nicht der Rentenbewerber, sondern der Versicherungsträger soll nach der ausgesprochenen Absicht der neuen Gesetze für eine Aeußerung des behandelnden Arztes Sorge tragen. Der Verletzte, der häufig zudem keine Geschäftsgewandtheit besitzt, ist in vielen Fällen außerstande, die Vergütung aufzubringen; vor Allem aber fehlt ihm die Möglichkeit, den Arzt zur Abgabe des Gutachtens zu nötigen, wenn dieser dessen Erstattung ihm gegenüber ablehnt. Es kann hiernach keinesfalls die von der Beklagten gewollte Auslegung des § 75, Abs. 3 a. a. O. dem Willen des Gesetzgebers entsprechen. Die gedachte Gesetzesvorschrift kann vielmehr nach Wortfassung, Zweck und Inhalt nur dahin aufgefaßt werden, daß der Berufsgenossenschaft die Pflicht obliegt, den behandelnden Arzt zur Abgabe einer gutachtlichen Aeußerung zu veranlassen und folglich auch die hierdurch entstehenden Kosten zu tragen.

Angesichts dieser ausdrücklichen und zwingenden Gesetzesvorschrift kann auf die von der Beklagten angeführten, aus einer strengen Beobachtung der Vorschrift vermeintlich erwachsenden

Umständlichkeiten und mißlichen Folgen keine Rücksicht genommen werden. Denn eine sich bei Ausführung einer Gesetzesvorschrift ergebende Schwierigkeit berechtigt die Beteiligten nicht, aus vermeinten Zweckmäßigkeitsgründen von der Befolgung der Bestimmung abzusehen. Uebrigens bestehen die von der Beklagten vorgeschützten Schwierigkeiten und mißlichen Folgen zum größten Teil überhaupt nicht und werden zum anderen Teile von ihr erheblich überschätzt."

Weiterhin werden die angeblichen praktischen Unzuträglichkeiten im Einzelnen erörtert. Es wird u. A. darauf hingewiesen, daß der behandelnde Arzt, welcher die Erstattung der gutachtlichen Aeußerung verweigern sollte, auf Grund der §§ 407, 409 der Zivilprozeßordnung im Wege des § 154 der UVG. f. L. u. F. zur Abgabe eines Gutachtens in der Regel (Ausnahme § 414, 383 Abs. 1 Ziff. 5 und Abs. 3 ZPO.) werde angehalten werden können. Auch die Befürchtung einer Verzögerung des Festsetzungsverfahrens durch die gerichtliche Vernehmung wird als für die größte Zahl der Fälle unbegründet erachtet. Wenn dem behandelnden Arzt gegenüber ein angemessenes Entgegenkommen beobachtet, er insbesondere nicht darüber im Zweifel gelassen werde, daß ihm nach der Erstattung des Gutachtens die ihm zukommende Vergütung gezahlt werde, so werde er selbst bestrebt sein, die Unbequemlichkeiten einer gerichtlichen Vernehmung zu vermeiden, und das erforderte schriftliche Gutachten alsbald abgeben.

Schließlich wird im gegebenen Fall das an den behandelnden Arzt gerichtete formularmäßige Schreiben als den Anforderungen des § 75 Abs. 3 des UVG. f. L. u. F. um so weniger entsprechend hingestellt, als der Arzt aus der Fassung hätte entnehmen müssen, daß seinem Gutachten ein besonderer Wert nicht beigemessen werde, und daß er keine Vergütung erhalten würde. In der Verletzung der angezogenen, in zwingender Form gegebenen Gesetzesvorschrift wird ein wesentlicher Mangel des Verfahrens erblickt, welcher das Schiedsgericht berechtigte so, wie geschehen, die Sache an die Vorinstanz zurückzuverweisen. Re.

Tagesgeschichte.

Arzt und Fürsorgeerziehungsgesetz.

Vor einiger Zeit berichteten wir über die Anregungen, welche der Nervenarzt Laquer für eine stärkere Beteiligung der Aerzte bei der Durchführung des Fürsorgegesetzes, namentlich in psychiatrischer Richtung, gegeben hat. Erfreulicherweise sind diese Anregungen auf fruchtbaren Boden gefallen. Aus Frankfurt a. M. kommt die Nachricht einer wesentlichen Erweiterung der Fürsorgeerziehungseinrichtungen. Um zu entscheiden, auf welche Weise die vielen in Betracht kommenden imbezillen Kinder am besten untergebracht werden, ist nämlich in Verbindung mit der dortigen städtischen Irrenanstalt eine Beobachtungsstation errichtet worden, in welche die imbezillen Kinder, welche in Fürsorgeerziehung zu übernehmen sind, gebracht werden. Sie werden dort der ärztlichen Beobachtung unterworfen; zugleich ist aber noch Gelegenheit zur pädagogischen Ueberwachung gegeben.

Dürfen die Krankenkassen noch Wöchnerinnenunterstützung für die Ehefrauen der Mitglieder gewähren?

Diese Frage wird in der „Arbeiterversorgung" von Amtsgerichtsrat Hahn im Anschluß an ein kürzlich gefälltes Urteil des Preußischen Ober-Verwaltungsgerichtes besprochen.

Das frühere Krankenversicherungsgesetz enthielt ausdrücklich die oben genannte Ermächtigung. In § 20 hieß es: die Wöchnerinnenunterstützung betrage 4 Wochen; nach § 21 Ziffer 4 konnte sie auf 6 Wochen erweitert werden. Daran schloß sich Ziffer 5: für die nicht selbst versicherungspflichtigen Ehefrauen könne im Falle der Entbindung die nach Ziffer 4 zulässige Unterstützung gewährt werden. Nun kam die Novelle von 1903, und die in § 20 angeführte Wöchnerinnenunterstützung wurde allgemein auf 6 Wochen erstreckt, während in § 21 Ziffer 4 jetzt nicht mehr von den Wöchnerinnen, sondern von den Schwangern die Rede ist. Infolgedessen paßten in Ziffer 5 die Worte „im Falle der Entbindung" nicht mehr, und man ließ sie weg. Dabei wurde aber nicht beachtet, daß nun der Wortlaut des Gesetzes garnichts mehr von einer Wöchnerinnenunterstützung für die nicht versicherungspflichtigen Ehefrauen der Kassenmitglieder enthält, denn die Ziffer 5 bezieht sich ausdrücklich nur auf den Inhalt der Ziffer 4, aus dem ja die Wöchnerinnen verschwunden und durch die Schwangeren ersetzt worden sind. Selbstverständlich liegt hier nur ein Redaktionsfehler vor. Die ganze Entstehungsgeschichte und der übrige Inhalt der Novelle von 1903 beweisen, daß der Gesetzgeber keineswegs daran gedacht hat, die Wohltaten des Gesetzes zu verringern, sondern nur, sie zu erweitern. Gleichwohl hat das Ober-Verwaltungsgericht entschieden: wenn diese Absicht auch bei dem Gesetzgeber bestanden habe, so sei sie doch nicht zum Ausdruck gekommen, und deshalb dürfe die genannte Unterstützung nicht mehr gewährt werden.

Demgegenüber weist Hahn daraufhin, daß die Novelle von 1903 das frühere Krankenversicherungsgesetz ja nicht aufgehoben, sondern nur in einzelnen Punkten verändert habe, demnach beständen die früheren Vorschriften fort, solange sie nicht ausdrücklich aufgehoben seien. Das Urteil des Ober-Verwaltungsgerichts sei daher rechtsirrtümlich.

In diesen juristischen Streitfragen mitzureden, kann nicht unsere Sache sein. Wir durften aber nicht versäumen, mit tiefem Bedauern auf die Tatsache hinzuweisen, daß hier wieder einmal, und zwar bei einer für die ganze soziale Hygiene äußerst wichtigen Frage, der Buchstabe des Gesetzes dessen Geist getötet hat.

Wieder ein Fleischkonservierungsmittel.

Amtlich wird auf ein von einer Dortmunder Firma hergestelltes neues Mittel zur Fleischkonservierung hingewiesen, genannt Zenith, das angeblich völlig frei von unschädlichen und und verbotenen Stoffen sein soll, während es in Wirklichkeit 50 Prozent doppelkohlensaures Natron enthält. Nach der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 sind Alkalikarbonate von der Verwendung bei gewerbsmäßiger Fleischzubereitung ausgeschlossen. Es ist ganz verfehlt behaupten zu wollen, damit wären nur die einfachkohlensauren Salze gemeint, zumal der gleiche Grund wie für die Ausschaltung dieser, auch hinsichtlich der doppelkohlensauren besteht: beide sind gleichmäßig geeignet, eine minderwertige Beschaffenheit des Fleisches zu verdecken. Der Zusatz von „Zenith" wird daher strafrechtlich verfolgt werden.

Hygiene-Unterricht in England.

Dem englischen Kultusminister wurde eine Massenpetition der Aerzte Grossbritanniens und Irlands überreicht, in der nicht weniger als 14718 Mediziner die Einführung des Unterrichts der Gesundheitslehre für alle öffentlichen Schulen und vor allem Aufklärung über die Eigenschaften und die Wirkung des Alkohols fordern. (Soz. Praxis.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von Richard Schoetz in Berlin.
Druck der Buchdruckerei Gustav Schenck Nachflg., P. M. Weber, Berlin SW. 13.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von Mk. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstrasse No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 2. Ausgegeben am 15. Januar.

Inhalt:

Die Tuberkulose und die Schule.

Von
Prof. Dr. Martin Kirchner,
Geh. Obermedizinalrat.

(Fortsetzung.)

Um die Berechtigung dieser Behauptung nachzuweisen, ist es erforderlich, mit einigen Worten die Anschauungen über die Entstehung der Tuberkulose zu streifen. Manchem, der die Entwickelung der modernen Hygiene verständnisvoll verfolgt hat, mag dies überflüssig erscheinen. Wer aber sieht, was noch von angesehenen Schulhygienikern über diese Dinge gelehrt wird — ich verweise nur auf die 1900 erschienene 2. Auflage der Schulgesundheitslehre von H. Eulenberg und Th. Bach —, der wird keine Gelegenheit, darüber zu sprechen, vorübergehen lassen mögen.

Bis vor garnicht langer Zeit hielt man fast allgemein die Schwindsucht für eine erbliche Krankheit. Die Ansicht des Hippocrates „ein Phtisiker entsteht durch einen Phtisiker“ wurde noch von Seitz auf dem III. Kongreß für innere Medizin, von v. Leyden 1884, von Haupt 1890 und namentlich von P. v. Baumgarten mit Nachdruck vertreten. Letzterer glaubte sogar Fälle von Tuberkulose in späterem Lebensalter auf Vererbung zurückführen zu sollen. Andere, und diese Anschauung vertritt Eulenberg noch 1899, halten nicht die Tuberkulose selbst, wohl aber die Disposition zur Tuberkulose für vererblich, eine Disposition, die in dem bekannten „phthisischen Habitus“ ihren Ausdruck finde.

Es gibt zweifellos angeborene Fälle von Tuberkulose. So fand Queyrat Tuberkelbazillen in der Leber und Milz von Kindern von 3 Monaten, Demme in der Thymus eines 41 Tage alten Kindes, Adam in den Nieren 3 Wochen alter Kalbsföten, Johne in einem 8 Wochen alten Kalbsfötus, Malvoz und Brouvier in einem 6 Wochen alten Kalbe usw. Allein alle derartige Befunde bilden doch nur Ausnahmen. Die erdrückende Ueberzahl der Neugeborenen kommt frei von Tuberkelbazillen zur Welt, auch wenn sie von tuberkulösen Eltern abstammen. Die Ansicht, daß jede, auch in späterem Lebensalter auftretende Tuberkulose auf eine im Mutterleibe erfolgte Infektion mit Tuberkelbazillen erfolgt sei, und daß diese während der Entwickelungs-

periode latent geblieben seien, um erst dann zur Entfaltung zu kommen, widerspricht jeder Laboratoriumserfahrung. Jedes Versuchstier, welches man mit Tuberkelbazillen infiziert, gleichgültig in welchem Gesundheits- oder Ernährnngszustande es sich befindet, erkrankt unfehlbar durchschnittlich nach 14 Tagen und geht in längerer oder kürzerer Zeit an Tuberkulose zu Grunde. Wir sind daher zu der Annahme gezwungen, daß auch die Tuberkulose des Menschen durch die Aufnahme der Krankheitskeime von außen her zustande kommt.

Welche Einfallspforten stehen nun den Tuberkelbazillen zur Verfügung?

Lange Zeit war man der Ansicht, daß die Tuberkulose hauptsächlich, wenn nicht ausschließlich durch Inhalation zustande kommt, eine Ansicht, deren Entstehung erklärt, wenn auch nicht entschuldigt wird durch die dominierende Rolle, welche die Erkrankungen des Kehlkopfs und der Lungen bei der Tuberkulose spielen. Wie soll man aber die primäre tuberkulöse Meningitis, die primäre Darm-, Hoden-, Nieren-, Knochen- und Gelenktuberkulose durch eine Inhalationsinfektion erklären? Auch hier zeigt wieder das Tierexperiment und die künstliche Infektion den richtigen Weg. Wie man Versuchstiere durch kutane und subkutane Infektion, durch Fütterung und Inhalation tuberkulös machen kann, so muß auch die Tuberkulose des Menschen auf verschiedene Weise entstehen können: der sogenannte Leichentuberkel, der Lupus usw., durch Eindringen der Bazillen in kleine äußere Verletzungen, die Darm- und Bauchfelltuberkulose durch Aufnahme der Krankheitskeime mit der Nahrung, die Erkrankungen an Hoden- und Blasentuberkulose durch Aufnahme der Keime bei dem Geschlechtsakt, die Lungen- und Kehlkopftuberkulose durch Einatmung von Krankheitskeimen. Andere Formen der Tuberkulose, die akute Miliar-, die Meningeal-, die primäre Drüsen-, Nieren-, Knochen- und Gelenktuberkulose können nur auf einem Eindringen der Tuberkelbazillen in die Lymph- und Blutbahn und durch ihre Verschleppung nach dem betreffenden Körperteil erklärt werden, ohne daß wir für den Augenblick mit Sicherheit sagen können, auf welchem Wege in jedem dieser Fälle, ob von den Mandeln oder vom Darmtraktus oder wo sonst her, der Eintritt der Keime in den Lymph- und Blutstrom geschieht. Nichts aber wäre verkehrter und würde sich weniger mit den Laboratoriumerfahrungen vertragen als der Versuch, alle verschiedenen Erscheinungen der Tuberkulose auf eine einzige Entstehungsart, z. B. die Inhalation, zurückführen zu wollen.

Die schönen und grundlegenden Untersuchungen von Cornet, die von zahlreichen gewissenhaften Forschern, u. a. von Krüger und auch von mir bestätigt worden sind, haben ergeben, daß Staub, welcher eingetrocknetes Sputum von Tuberkulösen enthält, zur Entstehung von Lungentuberkulose führen kann. An dieser Tatsache kann nicht gerüttelt werden, ja man muß noch weiter gehen und den Staub auch als die mögliche Ursache von andern Formen der Tuberkulose ansehen, da der Staub nicht nur eingeatmet sondern noch auf andere Weise einverleibt werden kann. Mit Recht wird daher von allen Hygienikern das Ausspucken in Wohnungen, Fuhrwerken usw. perhorresziert, die Verhütung des Eintrocknens und Verstäubens des Sputum und die Autstellung von Wasser enthaltenden Spucknäpfen in öffentlichen Gebäuden, Schulen usw. empfohlen. Allein so berechtigt diese Forderungen und Ratschläge auch sind — von ihnen allein das Heil zu erwarten, wäre verkehrt, denn es liegt auf der Hand, daß viel gefährlicher als der ausgetrocknete und in Staub verwandelte der frische Auswurf von Tuberkulösen sein muß.

Hierauf mit Nachdruck hingewiesen zu haben, ist bekanntlich das Verdienst von C. Flügge. Er und seine Schüler haben gezeigt, daß Tuberkulöse beim Sprechen, Räuspern, Husten und Niesen. zahlreiche winzige, bazillenhaltige Schleimtröpfchen um sich verbreiten, welche sich eine Zeitlang schwebend erhalten und also von Personen in der Umgebung der Kranken eingeatmet werden können. Klar ist, worauf meines Wissens noch nicht genügend hingewiesen worden ist, daß diese Tröpfchen, da sie ja Eigengewicht besitzen, sich allmählich zu Boden senken, dort antrocknen und dann dem Staube mitteilen müssen, so daß also Kranke mit Lungen- und Kehlkopftuberkulose auch bei vorsichtigster Behandlung des Auswurfs für ihre Umgebung gefährlich werden können.

Cornet und Flügge haben sich eine Zeitlang nicht recht einigen können, indem dieser hauptsächlich die Tröpfcheninfektion, jener aber die Staubinhalation betonte. Meines Erachtens haben beide Recht, da, wie man sieht, sowohl der frische als der ausgetrocknete Auswurf gefährlich ist. Bezüglich des letzteren möchte ich noch bemerken, daß nach den Versuchen von Koch, Arloing u. a. Tuberkelbazillen durch die Einwirkung des direkten Sonnen-, ja schon des diffusen Tageslichtes in verhältnismäßig kurzer Zeit ihre Virulenz verlieren. Allein dies geschieht bei den Milliarden Bazillen, die in einem Sputum enthalten sind, keineswegs gleichzeitig, und in völlig trockenem Sputum findet man neben vielen, die die Virulenz, ja die Lebensfähigkeit verloren haben, noch nach Monaten zahlreiche lebende und vollvirulente.

Neben dem Staube und den Tröpfchen hat man die Nahrung, namentlich die Kuhmilch als die Quelle der Tuberkulose beschuldigt.

In früheren Zeiten dachte man bekanntlich nicht daran, daß die Perlsucht des Rindes etwas mit der Tuberkulose des Menschen zu tun haben könnte. Die alten Aerzte empfahlen den Schwindsüchtigen sogar den Aufenthalt im Kuhstalle und den Genuß der Milch „frisch von der Kuh“. Als Koch den Tuberkelbazillus entdeckt hatte, mußte er noch mit Aufgebot vieler Mühe beweisen, daß gewisse Prozesse bei den Rindern, Schweinen, Hühnern usw. der menschlichen Tuberkulose nahestehen. Nun zog man sofort daraus den Schluß, daß der Rinder-, Hühner- und Menschen-Tuberkelbazillus identisch seien, und sah die Kuhmilch als eine häufige Quelle der Tuberkulose an, ohne auch nur den Versuch zu machen, durch Laboratoriumsversuche den Beweis der Identität der verschiedenen Krankheitserreger zu führen. Erst Koch selbst nahm fast 20 Jahre nach der Entdeckung des Tuberkelbazillus diese Versuche auf, die zu seiner eigenen Ueberraschung zeigten, was er auf dem Londoner Tuberkulosekongreß 1901 bekannt gab, daß der menschliche Tuberkelbazillus vom Perlsuchtbazillus deutlich verschieden ist. Auf Grund dieser Versuche hat er die Milch tuberkulöser Kühe für ungefährlich für den Menschen erklärt. Der Streit, welcher sich an diese Mitteilung anschloß, ist noch nicht beendigt. Kein Geringerer als E. v. Behring hat einen genau entgegengesetzten Standpunkt eingenommen und die Milch als die Hauptquelle der menschlichen Tuberkulose erklärt. Allein zahlreiche Versuche, namentlich die von Koch und Schütz, Kossel u. a., haben dann gezeigt, daß die menschlichen Tuberkelbazillen, die Perlsuchtbazillen und die Bazillen der Geflügeltuberkulose drei verschiedene Spielarten einer Bazillenspezies, und daß die Perlsuchtbazillen nur ganz ausnahmsweise für die Rinder pathogen sind. Wenn wir daher auch nach wie vor die Milch, weil sie der Träger von anderen Krankheitserregern sein kann, nicht in ungekochtem Zustande genießen werden, als Quelle der Tuberkulose wird sie nur in Ausnahmefällen in Betracht kommen können. Noch weniger bedenklich als die Milch ist aber das Fleisch tuberkulöser Tiere, da sich in diesem wohl nur bei allgemeiner Miliartuberkulose Tuberkelbazillen finden.

Wir sehen also, alles drängt zu der Annahme, daß die Quelle der Tuberkelbazillen der kranke Mensch ist, und daß

sich daher alle Maßregeln zur Verhütung der Tuberkulose auf die Bekämpfung der Gefahren beziehen müssen, welche der Erkrankte für seine Umgebung in sich schließt.

Ist nun jeder Tuberkulöse für seine Umgebung gefährlich? Diese Frage kann glücklicherweise verneint werden. Kranke mit tuberkulöser Meningitis, mit geschlossener Drüsen-, Knochen-, Gelenks-, Nieren- und Hodentuberkulose sind sogar gänzlich ungefährlich. Kranke mit ungeschlossener Nieren-, Blasen- und Darmtuberkulose scheiden in dem Harn und dem Kot zuweilen zahlreiche virulente Bakterien ab, sie können daher ihre Umgebung ebenso gefährden, wie es Kranke mit Typhus, Ruhr und Cholera tun, mit dem Unterschiede nur, daß Tuberkelbazillen augenscheinlich schwerer haften als die drei genannten Krankheitserreger. Gefährlicher für die Umgebung als jene Tuberkuloseformen aber ist die Lungen- und Kehlkopftuberkulose.

Allein auch Kranke mit diesen Formen sind nicht während der ganzen Dauer der Krankheit gefährlich. In den ersten Stadien der Krankheit, so lange die Tuberkel noch nicht zerfallen, noch „geschlossen“ sind, wie man das nennt, sind die Kranken für ihre Umgebung sogar gänzlich ungefährlich. Sie werden gefährlich erst von dem Augenblicke ab, wo Tuberkel der Nekrobiose anheimfallen, und damit die Tuberkulose in eine „offene“ sich verwandelt. Nunmehr gehen virulente Bazillen in das Sputum über, und nun wird der Kranke ansteckend. Allein auch jetzt noch ist die Gefahr nicht eben groß, wenn der Kranke mit der Gefährlichkeit seines Auswurfs bekannt gemacht und dazu erzogen wird, ihn unschädlich zu beseitigen. Wirklich gefährlich sind nur solche Kranke, welche nicht zur Sauberkeit zu erziehen, oder aber die so krank sind, daß sie die Vorsichtsmaßregeln nicht mehr zu beobachten vermögen.

Man darf jedoch in der Schätzung der Gefahr der Tuberkulose nicht zu einseitig an den Auswurf denken und glauben, jede Gefahr verhütet zu haben, wenn man für zweckmäßige Beseitigung des Auswurfs Sorge getragen hat. Man muß daran denken, daß der Tuberkulöse bei der Entleerung des Auswurfs sich leicht die Lippen, das Gesicht, den Bart, die Hände mit bazillenhaltigem Schleime beschmutzen, etwas davon an die Leib- und Bettwäsche, die Kleidung, die Gebrauchsgegenstände — Eß- und Trinkgeschirre, Federhalter, Pfeife u. s. w. — bringen und so jeden gefährden kann, der diese Gegenstände nach ihm benutzt, ohne daß sie vorher desinfiziert worden sind. Daß der Kuß, der Händedruck der Tuberkulösen und die Benutzung seiner Habseligkeiten gefährlich werden kann, ist eine durch zahlreiche, einwandfreie Beobachtungen erhärtete Tatsache.

Das erklärt die namentlich von Ebstein und Rühle, zuletzt von mir auf dem Berliner Tuberkulosekongreß 1899 mit Nachdruck hervorgehobene Erfahrung, daß die Tuberkulose ebenso wie z. B. die Lepra eine exquisite Familienkrankheit ist. Selbst in wohlhabenden Familien mit geräumigen Wohnungen findet ein ausgedehnter Kommunismus in der Benutzung zahlreicher Gebrauchsgegenstände statt. Ist ein Mitglied der Familie tuberkulös, so sollte eine Garnitur von Wäschestücken und Gebrauchsgegenständen für seinen ausschließlichen Gebrauch ausgesondert, jedenfalls sollte keiner der von ihm gebrauchten Gegenstände ohne vorherige gründliche Reinigung und Desinfektion von einem anderen Familiengliede benutzt werden. Allein, in welcher Familie ist eine stete Beobachtung dieser Grundsätze auf die Dauer durchführbar? Und weil dies nicht der Fall ist, so beobachtet man die traurige Tatsache, daß in so vielen Familien ein Tuberkulöser die Krankheit auf andere Angehörige überträgt und nicht selten ein Familienglied nach dem andern in das eigene Unglück nachzieht, Vorkommnisse, welche nicht durch die Erblichkeit sondern durch die Übertragbarkeit der Tuberkulose ihre Erklärung finden. Denn es ist eine gleichfalls durch zahlreiche Erfahrungen erhärtete Tatsache, daß die Kinder von Tuberkulösen oder Leprösen gesund bleiben, wenn sie möglichst frühzeitig aus der kranken Familie entfernt und in eine gesunde Umgebung gebracht werden.

Auch die durch die Statistik festgestellte Beobachtung, daß die Tuberkulosesterblichkeit im 1. Lebensjahre verhältnismäßig groß, im 2. schon etwas geringer ist und dann bis zum 10. Lebensjahre von Jahr zu Jahr abnimmt, läßt sich durch die Annahme der Übertragung der Krankheit in der Familie unschwer erklären. Spielt sich doch das Leben während der ersten beiden Lebensjahre hauptsächlich in der Wohnung und in der Familie ab, sind die nahen Berührungen zwischen Kinder und Eltern in diesen beiden Jahren doch besonders zahlreich, während das heranwachsende Kind, je größer es wird, einen um so beträchtlicheren Teil des Tages außerhalb der Wohnung und im Freien zubringt. Besonders gefährdet ist das Flaschenkind, wenn die Sauberhaltung der Flasche und des Saughütchens zu wünschen übrig läßt. Gefährdet ist das Kind auch namentlich in der Zeit, in der es laufen lernt, in der Wohnung herumkriecht, mit den Händen mit dem am Boden liegenden Staub in Berührung kommt und nach Kinderart nicht nur die Hände sondern alles mögliche andere an und in den Mund bringt.

Wie im Schoße der Familie, so können natürlich auch in der Schule Uebertragungen von Tuberkulose stattfinden, wenn sich unter den Schülern oder den Lehrern Kranke mit offener Tuberkulose befinden; daß diese Uebertragungen sogar nicht selten sind, haben wir allen Grund anzunehmen. Und es ist klar, daß der Bau hygienisch einwandsfreier Schulhäuser mit ausreichender Lüftung, Heizung und Beleuchtung die hierin liegende Gefahr nicht verhüten kann.

Ich hoffe, durch diese Bemerkung nicht den Schein zu erwecken, als wenn ich die Erfüllung der landläufigen Forderungen der Schulhygieniker nicht für notwendig hielte. Ein ausreichender Luftraum für jeden Schüler, eine kräftige und sorgfältige Lüftung der Räume, eine möglichst helle Beleuchtung jedes Platzes in den Schulklassen usw. sind unentbehrlich, damit die gesunden Schüler den Anforderungen, welche der Unterricht an sie stellen muß, gerecht werden können, ohne zu erkranken. Aber Krankheitskeime, welche von kranken Schülern oder Lehrern in die Schule hineingetragen werden, können nicht durch eine Hebung der hygienischen Einrichtungen der Schule, sondern nur durch eine sorgfältige Ueberwachung der Erkrankten oder, falls erforderlich, durch ihren Ausschluß vom Schulunterricht unschädlich gemacht werden.

Was speziell die Spucknäpfe betrifft, so soll ihre Zweckmäßigkeit, ja Unentbehrlichkeit nicht in Abrede gestellt werden. Allein gesetzt den Fall, ein Schüler oder Lehrer mit reichlichem Auswurf wäre in der Schule vorhanden, wer übernimmt eine Gewähr dafür, daß der Kranke den Spucknapf regelmäßig benutzt, und daß der benutzte Spucknapf von dem Schuldiener in einer Weise, die jede Gefahr der Ansteckung ausschließt, gereinigt wird? Bei jedem Hustenreiz um Erlaubnis zu bitten, den Platz verlassen und den Spucknapf benutzen zu dürfen, scheuen sich die Kinder wegen der damit verbundenen Störung des Unterrichts. Die meisten der in Benutzung befindlichen, am Boden stehenden Spucknäpfe sind außerdem unpraktisch, weil es ein ziemliches Zielvermögen erfordert, sie zu benutzen, ohne vorbeizuspucken und den Fußboden zu beschmutzen, und weil die Kinder sie beim Spielen mit Vorliebe umstoßen. Zweckmäßig sind allein Speigefäße, welche in etwa 1 m Höhe frei schwebend an der Wand befestigt werden.

Was sodann die Reinhaltung der Schulräume betrifft, so muß schon aus allgemein sanitären Gründen auf eine möglichste Verhütung und häufige Beseitigung des Staubes von den Treppen, Gängen und aus den Klassen der größte Wert gelegt werden. Enthält der Staub in Wohnräumen doch, wie ich habe wiederholt

feststellen können, neben zahlreichen harmlosen Bakterien, Hefen- und Schimmelpilzen auch Krankheitserreger aller Art, z. B. Eiterkokken, Tetanussporen usw. Aber eine noch so sorgfältige Beseitigung des Staubes, die übrigens bei Benutzung eines der vielen neuerdings empfohlenen Fußbodenöle erheblich einfacher ist als früher, reicht doch nicht aus, um einen Schüler oder Lehrer mit offener Lungen- oder Kehlkopftuberkulose für die übrigen Insassen der Anstalt ungefährlich zu machen. Hier hilft nur die möglichst frühzeitige Feststellung und eine sachgemäße Behandlung des Krankheitsfalles. (Schluß folgt.)

Aus der Provinzialirrenanstalt Osnabrück.

Zum Kapitel der konjugalen Paralyse.

Von

Oberarzt Dr. **Mönkemöller**.

I. Frau Tw., geb. 1848, Nähmaschinenagentenfrau. Keine Heredität. Kein Potus. Kein Trauma. Gleichmäßiger ruhiger Lebensverlauf. War zweimal verheiratet. Aus der ersten Ehe stammen drei gesunde Kinder. Heiratete 1883 zum zweiten Male. In der zweiten Ehe vier Totgeburten, ein fünftes Kind starb nach elf Wochen, als Todesursache wird Lues vermutet. Der Ehemann führte einen unsoliden und liederlichen Lebenswandel. Seit Juli 1902 Depressionszustände. Im Frühjahr 1903 Bauchfellentzündung. Seit Ende September 1903 Zunahme der Schwermut und Zustände von Unbesinnlichkeit. Lief vom Hause fort, trank eine Flasche Painkiller sowie eine Flasche Wein auf einmal aus, sprang später in die Hase. Krampfzustand. Ueberführung in das städtische Krankenhaus und von da in die Heil- und Pflege-Anstalt zu Osnabrück unter der Diagnose Melancholie, außerdem Verdacht auf epileptische Seelenstörung. Die Einwilligung der Angehörigen in die Anstaltsaufnahme wird vom ältesten Sohne gegeben, weil sich der Ehemann laut ärztlichen Attestes seit längerer Zeit in einem Zustande geistiger Störung befinde und zurzeit nicht zurechnungsfähig sei.

Bei der Aufnahme (17. November 1903) stumpf und interesselos. Maskenartiger Gesichtsausdruck. Enorme Demenz. Grosse Gedächtnisschwäche. Leichte Euphorie.

An der R. Skapula bohnengroße, weißlichglatte unregelmäßig geformte Narbe. Leichte Alopecie. Arteriosklerose der erreichbaren Arterien.

R. Pupille > L. Beide Pupillen entrundet. Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz prompt. Rechtsseitige Facialisparese. Fibrilläre Zuckungen im unteren Facialisgebiet. Tremor linguae et manuum. Allgemeine Ataxie. Kniephänomene gesteigert. Totale Analgesie der unteren Extremitäten. Rombergsches Phänomen deutlich. Paraparese der unt. Extremitäten, Gang breitbeinig, unsicher. Beim Nachsprechen der Paradigmata Silbenstolpern und -versetzen.

Bleibt dauernd stumpf und apathisch. Verfällt sehr schnell. Am 17. Dezember 1903 Exitus letalis.

Die Sektion ergab u. a.: Peritonitis adhaesiva. Atheroma aortae. Perihepatitis. Pachymeningitis haemorrhagica. Pleuritis chronica adhaesiva duplex. Leptomeningitis chronica. Dilatatio ventriculorum. cerebr. Ependymitis granularis.

Als die Beerdigung stattfinden sollte, legitimierte sich wieder der Sohn zur Vollstreckung der nötigen Formalitäten durch ein Attest, nach welchem der Ehemann zurzeit nicht zurechnungsfähig sei. Nach der ausweichenden Schilderung ließ sich ein genauer Ueberblick über das Krankheitsbild nicht gewinnen, eine persönliche Untersuchung war leider aus äußeren Gründen unmöglich. Mit Rücksicht jedoch auf dies Attest, das Vorleben des Ehemannes und die sonstigen Verdachtsgründe, die für eheliche Paralyse sprachen, wurde trotz der Unbestimmtheit des Krankheitsbildes dem Sohne dringend empfohlen, den Stiefvater doch sehr sorgfältig im Auge zu behalten, da es sehr möglich sei, dass bei ihm eine ähnliche Erkrankung in der Entwickelung begriffen sei, wie bei seiner Frau. Ueber den Rat wurde mit der üblichen höhnischen Skepsis quittiert, von einer Geisteskrankheit könne keine Rede sein, der behandelnde Arzt habe von Nervosität gesprochen, er selbst wisse genau was er zu tun habe usw.

Am 8. Oktober 1904 erfolgt die Aufnahme des Ehemannes in die Osnabrücker Heil- und Pflegeanstalt.

II. Tw. 1846 geboren. Auch er war erblich nicht belastet. Potus kaum vorhanden, kein Trauma, kein aufreibender Beruf. Seit September 1902 hatte er nicht mehr gearbeitet und in der letzten Zeit allerhand kindische Streiche vollführt. Er zerschlug zu Hause Möbelstücke, um sie als Brennholz zu verwenden, zerschnitt Kleidungsstücke in kleine Fetzen, versuchte in seiner Wohnstube auf dem Fußboden Feuer anzuzünden, und wusch Kleidungsstücke im Kohlenkasten. Schließich verließ er die Wohnung mit zwei Anzügen und zwei Hüten bekleidet unter Mitnahme eines Hammers, einer Zange, mehrerer Bücher und einer Kaffeetasse. Er wurde verhaftet, weil er versucht hatte, an verschiedenen Stellen die Kanalverschlüsse zu entfernen. Im Gerichtsgefängnisse tauchten nach einiger Zeit Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit auf, der Gefängnisarzt gab sein Gutachten dahin ab, daß Tw. an senilem Schwachsinn leide.

Uebergabe an die Polizeidirektion. Aufnahme in das städtische Krankenhaus, nach einigen Wochen Anstaltsaufnahme unter der Diagnose Schwachsinn.

Zeigt von vornherein die Symptome vorgeschrittener Demenz. Gleichgültigkeit, Unorientiertheit, Gedächtnisschwäche, Euphorie. Habe seine Frau auf dem Kirchhofe ausgegraben und wieder lebendig gemacht.

Starke Alopecie. Leucoderma nuchae. Mehrere größere, strahlige weißliche Narben. Leistendrüsen geschwollen. Tibiakanten gekörnelt. R-Pupille reagiert sehr träge und wenig ausgiebig. L-seitige Facialisparese. Radiales geschlängelt und rigide. Tremor manuum. Ataxie. Kniephänomene gesteigert. Totale Analgesie der unteren Extremitäten. Leichter Fußklonus und Rombergsches Phänomen angedeutet. Ausgeprägte artikulatorische Sprachstörung. Bleibt in Anstaltsbehandlung.

Die Bedeutung der konjugalen Paralyse für die Lösung der Frage nach dem ätiologischen Einfluß der Syphilis auf die Entstehung der Paralyse ist zur Genüge bekannt, und nach dieser Richtung hin kann dieser Doppelfall auch nichts Neues bringen. Daß der Ehemann sich eine Lues acquieriert und die Frau, die offenbar, nach ihrer Nachkommenschaft aus der ersten Ehe zu urteilen, früher gesund war, infiziert hat, ist wohl als sicher anzusehen. Weitere ätiologische Faktoren fallen für beide Ehegatten aus. Bei beiden setzt die Paralyse ziemlich gleichzeitig ein. Wenn der Verlauf der Paralyse bei der Ehefrau schneller vor sich geht, als bei dem Ehemanne, so entspricht das ja auch der alten Erfahrung, daß der Einfluß des luischen Giftes auf die Konstitution nicht mit gesetzmäßigen Zahlen operiert, sondern sich nach den verschiedensten anderen Faktoren richten muß, die teils in der körperlichen Konstitution liegen, teils in allen möglichen äußeren Einflüssen ihren Ursprung haben.

Dagegen bietet der Fall nach einer anderen Richtung hin ein gewisses Interesse. In einer früheren Arbeit,[1]) in der ich

---

[1]) Ueber konjugale Paralyse bezw. Tabes. Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. 1900. Bd. 8, Heft 6, S. 421.

über 18 Fälle von konjugaler Paralyse bezw. Tabes berichtete, hatte ich auf die praktische Bedeutung dieser Krankheit für die Stellung der Diagnose und Prognose bei dem später erkrankenden Gatten hingewiesen. Bei der Unklarheit der ersten Stadien der Paralyse, die ja leider nur zu häufig als neurasthenische oder sonstige nervöse Störungen imponieren, sollte die Krankheit des ersten Ehegatten in der Stellung der Prognose immer ein sehr ernstes Memento sein, auf die richtige Diagnose möglichst frühzeitig hinweisen und so vielleicht manche Unzuträglichkeiten vermeiden lassen.

Das gilt natürlich in ganz besonderem Maße auch für forensische Fälle, um so mehr, als die progressive Paralyse ja zu den Psychosen gehört, die ihre Träger schon recht frühzeitig mit den bestehenden Gesetzen in Konflikt bringen. Und da gerade die Anfangsstadien nur zu oft recht unklare Krankheitsbilder darstellen, in denen es für den Sachverständigen nicht nur schwer fällt, die Krankhaftigkeit des betreffenden Zustandes nachzuweisen, in denen vor allem auch der Richter sich von dem Vorhandensein einer Krankheit an und für sich recht schwer überzeugen läßt, muß jedes Hülfsmittel benutzt werden, das hierüber Klarheit schafft und das auch über die Folgenschwere der bestehenden nervösen und psychischen Symptome die Zweifel verscheuchen hilft.

Die Zahl der Fälle, die sich nach dieser Richtung hin verwerten lassen, ist ja sicher verhältnismäßig recht gering, wenn auch die Zahl der bis jetzt beobachteten Doppelparalysen entschieden nicht der Zahl der Wirklichkeit entspricht. In vielen ruhig verlaufenden Fällen kommt es nicht zur richtigen Diagnose, geschweige denn zur Anstaltsbehandlung, die Anamnese über den vorher verstorbenen Ehegatten zeitigt bei der Natur der Krankheit häufig nur zu unsichere Resultate, und nicht immer gelangen beide Ehegatten in dieselbe Anstalt, oder die Krankheit verläuft zu Hause ganz im Stillen.

Auch der Richter ist dem straflos machenden Einflusse der Paralyse viel leichter zugänglich, als wenn ihm nur die unbestimmten Symptome einer Neurose oder leichteren Psychose vor Augen gerückt werden können. Dass die Kenntnis dieser Krankheitsform nicht nur von theoretischem Nutzen zu sein braucht, beweist der vorliegende Fall, in dem die Nutzanwendung aus dieser theoretischen Erwägung dem Kranken und seinen Angehörigen recht zu gute hätte kommen können. Hätte man sich bei dem Ehegatten eher zu der richtigen Diagnose durchringen können, dann wäre er wohl zweifellos früher im sicheren Anstaltsport gelandet. Denn vor der Paralyse mit allen ihren schweren Begleiterscheinungen haben die Laien meist so viel Respekt, dass selbst die eingefleischtesten Anstaltsfeinde ihre Bedenken gegen die Aufnahme fahren lassen. Der behandelnde Arzt würde sicherlich mehr auf eine Aufnahme gedrängt haben, um den Kranken und seine Umgebung vor etwaigen schädlichen Entladungen seiner Psychose zu sichern. Und dann wäre dem Kranken die Verwüstung des Heims, die Verschleuderung seines Vermögens, der Konflikt mit der Polizei, die Gefängnishaft und die ganze gerichtliche Verhandlung erspart geblieben.

Leider ist es hier bei der Theorie geblieben, und wird es ohne Zweifel auch so lange bleiben, als der Hausarzt, der gerade ja die ersten Stadien zu überwachen hat, in die Mysterien psychischer Krankheiten so wenig eingeweiht ist, wie das leider noch immer bei dem Gros der praktischen Aerzte der Fall ist. Mußten doch unsere beiden Kranken, deren Krankheit auch ohne Zuhilfenahme der Duplicität der Symptome wenigstens in der letzten Zeit hätte erkannt werden können, zu all ihrem Leide es noch über sich ergehen lassen, dass fünf verschiedene Diagnosen bei ihnen gestellt wurden, ohne dass der in Wirklichkeit bestehenden die gebührende Ehre angetan worden wäre.

—

Aus dem „Hermann-Haus", Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft in Stötteritz bei Leipzig (Chefarzt Professor Dr. Windscheid.)

Syringomyelie und Trauma.

Von

Dr. med. **Walther Wild.**

Assistenzarzt der Klinik.

Daß die Syringomyelie eine der häufigsten Rückenmarkskrankheiten ist und nur etwa von der Tabes, den luetischen und den Kompressionserkrankungen an Zahl übertroffen wird (Schlesinger [1]), ist eine neue, durch die bessere Kenntnis ihrer Symptome gewonnene Anschauung. Freilich ist diese noch keineswegs allgemein durchgedrungen; der Grund dafür dürfte abgesehen davon, daß neue Errungenschaften immer erst nach gewisser Zeit Allgemeingut werden, vor allem darin zu suchen sein, daß die meisten und gerade die grundlegenden einschlägigen Arbeiten dem praktischen Arzte schwer zugänglich sind; die Referate in den Wochenschriften aber werden offenbar zu wenig beachtet und haften auch bei ihrer Knappheit nicht fest genug im Gedächtnis. Jedenfalls kann an der Tatsache nicht gezweifelt werden, daß die Krankheit in den Anfängen oft übersehen wird; man sehe sich nur z. B. die Abhandlung von Stempel [2]) an, bei dessen 18 ausgesprochenen Fällen in keinem einzigen die Diagnose vorher richtig gestellt worden war. Die praktische Wichtigkeit der Erkenntnis gründet sich allerdings bei der Ohnmacht jeder Therapie nur auf die eventuelle Notwendigkeit einer Begutachtung; in diese aber kann jeder Arzt versetzt werden. Diagnostiziert er dann, sogar auf Grund einer Aufnahme des Nervenstatus, aus einer Sensibilitätsstörung eine vom Unfalle abhängige Hysterie, und es stellt sich bei der früher oder später doch unvermeidlichen Nachprüfung durch einen anderen Sachverständigen heraus, daß es sich um eine — vielleicht durch den Unfall nicht einmal verschlimmerte — Syringomyelie handelt, so leidet nicht nur sein Ansehen als Gutachter in den Augen der Genossenschaft, sondern er bringt auch den zweiten begutachtenden Arzt in eine sehr unangenehme Lage. Liegt der Fall einige Jahre zurück, so wird zudem eine sachgemäße Entscheidung über die Frage der Beeinflussung der Krankheit durch den Unfall sehr erschwert oder unmöglich gemacht werden. Es dürfte demgemäß nicht unzweckmäßig erscheinen, daß immer wieder solche Fälle erörtert werden. Bevor ich jedoch im folgenden von 2 in der Klinik beobachteten Fällen berichte, die auch in klinischer Beziehung einiges Bemerkenswerte boten, möchte ich noch kurz erwähnen, daß die Ansicht der Autoren (vor allem Kienböck [3]), Schlesinger) über den Zusammenhang von Syringomyelie und Trauma dahin geht, daß die eigentliche progressive Syringomyelie resp. ihre Anlage angeboren ist, und daß das Trauma ebenso wie andere schädliche Einflüsse (Temperatur, Infektionskrankheiten etc.) nur den Anstoß zu ihrer Weiterentwicklung gibt, während eine eigentliche durch Trauma entstandene Syringomyelie bisher noch nicht sicher beobachtet worden ist. Für die Unfallversicherungsgesetzgebung genügt bekanntlich die verschlimmernde Wirkung des Unfalles, um einen Rentenanspruch zu begründen.

1. L., Ernst, Schieferdeckermeister, 43 Jahre alt, keine erbliche Belastung. Früher nie krank, war Soldat, kein früherer

[1]) Schlesinger, Die Syringomyelie. Leipzig u. Wien, T. Deuticke. 2. Auflage 1902.

[2]) Stempel, Die Syringomyelie u. ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung. Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Bd. 73. 1904.

[3]) Kienböck, Jahrb. f. Psychiatr. u. Neurologie. Bd. XXII.

Unfall. Frau gesund, 2 gesunde Kinder, 5 klein gestorben, 1 Fehlgeburt. Lues und Potus negiert und jetzt nicht nachzuweisen.

Unfall am 10. Oktober 1901: Fall auf die rechte Rückenseite aus 6 m Höhe auf harten Boden, 1 Stunde bewußtlos, nach dem Erwachen starke Schmerzen im Kopf, rechter Schulter und Hüfte. Vom Arzte mit Einreibungen behandelt: Gutachten vom 9. Januar 1902: Keine Unfallfolgen mehr. Rente abgelehnt. Arbeitet vierzehn Tage, hört wegen zunehmender Schwäche des rechten Armes und Schmerzen darin wieder auf, Zweites Gutachten des behandelnden Arztes vom Herbst 1902: Schwund der Muskulatur am rechten Arm und der rechten Hand, 50 Proz. Erwerbsunfähigkeit. Zur genaueren Untersuchung Aufnahme in's Hermann-Haus am 1. Oktober 1902.

Klagen: beständige dumpfe, oft stechende Schmerzen in rechter Schulter, Arm und Hüfte, Schwäche im rechten Arm.

Befund: kleiner Mann, kräftig gebaut, gute Muskel- und Fettentwicklung. Psychisch normal.

Am Schädel nichts Abnormes.

Linke Pupille mittelweit, rund, reagiert nicht auf Licht, träge und wenig ausgiebig auf Akkomodation. Rechte Pupille normal. Sehvermögen gut. Gesichtsfelder nicht eingeengt. Augenbewegungen ausgiebig und gleichmäßig, Kein Nystagmus.

Geringes Zittern der Zunge. Sonst an den Hirnnerven keine Störungen.

Halswirbelsäule leicht kyphotisch, gut beweglich, nicht empfindlich, Brust- und Lendenwirbelsäule ohne Abweichungen.

Brust- und Bauchorgane gesund. Urin ohne Zucker.

Puls etwas beschleunigt, 100 (blieb dauernd in dieser Höhe). Deutliche Arteriosklerose.

Linker Arm und Beine ohne Befund.

Rechter Arm deutlich abgemagert. Maße an symmetrischen Stellen der Arme:

	rechts	links
Oberarm:	28 cm	29 cm
	25,5	26,5
Unterarm:	23 cm	25,5 cm
	16,5	18

Atrophie besonders deutlich an den Handmuskeln, am meisten am Daumen- und Kleinfingerballen. Adduktor pollicis und interosseus dors. I fehlen fast ganz. Der Daumen kann nicht adduziert werden, sonstige aktive Bewegungen frei bis auf eine geringe Behinderung im Schultergelenk beim Heben des Armes bis zur Senkrechten. Passive Bewegungen nirgends gestört. Keine Auftreibungen an den Gelenken.

Elektrische Erregbarkeit für beide Stromesarten an den Nerven und Muskeln des rechten Ober- und Unterarmes quantitativ stark vermindert, an den Handmuskeln fehlend.

Empfindungsvermögen am ganzen rechten Arm und einem kleinen angrenzenden Schultergebiete für Berührung, Schmerz, Temperatur fehlend, für den faradischen Strom herabgesetzt. Schmerzen werden auch bei stärkstem Strome nicht empfunden. Lagegefühl im rechten Arme erhalten, in den Fingern stark vermindert.

Kraft des rechten Armes sehr gering (Dynamometer rechts 0, links 77 kg).

Bindehautreflexe, Gaumenreflex träge, Patellar- und Plantarreflexe erhöht. Bauchdecken- und Cremasterreflexe fehlen.

Bei Fußaugenschluß Schwanken.

Diagnose: Syringomyelie. (Typus Aran-Duchenne). Wegen häuslicher Verhältnisse nach einigen Tagen entlassen. Zweite Aufnahme am 3. Februar 1903.

Klagen: Die Schmerzen im Arme sind stärker geworden, besonders hat sich ein Brennen in den Fingern eingestellt.

Befund im wesentlichen wie vorher, verändert nur folgendes: Linke Pupille oval, auch bei Accomodation vollkommen reaktionslos. Kein Zungentremor.

Finger rechts in halber Beugestellung, können aktiv nicht gestreckt werden.

Am rechten Oberarm und Mittelfinger je eine Narbe von inzwischen erlittenen Verbrennungen, die L. nicht bemerkt hat.

Sensibilität auch an einem Teile von Brust und Rücken rechts verloren. Kein Schwanken bei Fußaugenschluß.

Begutachtung: Die Erkrankung ist vielleicht schon vor dem Unfalle vorhanden gewesen, bei der ersten Untersuchung nach dem Unfalle ist das Nervensystem nicht genau berücksichtigt worden. Der Unfall hat hauptsächlich den Rücken betroffen, die Krankheit hat sich jetzt rasch entwickelt, eine beschleunigende Wirkung des Unfalles ist deshalb nicht von der Hand zu weisen. 60% Rente.

Klinisch interessant ist in diesem Falle die linksseitige Pupillenstarre bei Ausschluß einer Paralyse oder Tabes, nach Schlesinger ein seltenes Vorkommnis, das vielleicht durch eine Hämorrhagie in das Höhlengrau zu erklären sei.

2. G., Ernst, Maurer, 48 Jahre alt, keine erbliche Belastung. Hat Pocken und Typhus gehabt, als Kind ein Bein gebrochen. Nicht geschlechtskrank, kein Alkoholmißbrauch, kein früherer Unfall; aus unbekannter Ursache nicht Soldat. Verheiratet: Frau und drei Kinder gesund, sechs klein gestorben. Keine Fehlgeburt.

Unfall am 26. November 1898: Fall 2 m tief, mit Kopf und Armen auf steinerne Treppenstufen. Mehrere Stunden bewußtlos. Auf Anordnung des Arztes in's Krankenhaus Z. überführt; außer einer glatt heilenden Stirnwunde keine äußeren Verletzungen. Er gab im Krankenhause an, schon vor dem Unfalle leichte Gefühllosigkeit an den Händen verspürt zu haben. Nach 10 Tagen entlassen. Ein Arbeitsversuch schlug nach 14 Tagen fehl wegen starker Schmerzen in beiden Vorderarmen. Deshalb Unterbringung in eine andere Anstalt (Februar 1899), klagt über Taubheit der linken Hand, keine objektive Gefühlsstörung. Diagnose: traumatische Hysterie, 20% Rente. G. arbeitete nun ab und zu kürzere Zeit als Maurer, mußte aber häufig längere Zeit aussetzen, da Schwäche und Schmerzen in den Armen zunahmen. 1. Januar 1900 Antrag auf Erhöhung der Rente, der abgelehnt wurde, da es sich nach ärztlicher Ansicht um Rheumatismus handle. Berufung verworfen, weil G. seit einigen Tagen wieder begonnen hatte mit 50 Pfennigen Stundenlohn zu arbeiten. und der Sachverständige keine Verschlimmerung feststellen konnte. Im Mai 1901 stellte G., der seit Herbst 1900 gar nicht mehr hatte arbeiten können, Antrag auf Invalidenrente. Begutachtung durch Dr. S. ergab Klagen über allgemeine Schwäche, schwankenden Gang, Zittern der Hände, Schwerbeweglichkeit der Arme, Schwindel, Kopfschmerzen, Schmerzen in Kreuz und Knieen, Zusammenziehungen der Muskeln, brennende Empfindungen an Armen und Beinen, Schmerzen in der Magengegend, geringen Appetit.

Objektiv: macht siechen Eindruck, hat schlotternde Haltung, schlaffe, gering entwickelte Muskulatur, Zittern der Glieder, Verminderung der Kraft, Gefühllosigkeit am linken Arme, Erhöhung der Patellarreflexe. Diagnose: Neurasthenie, die Invalidität bedingt. Eine Beobachtung im Krankenhause Z. im Juli 1901 bestätigt den Befund und stellt noch schleifenden Gang fest. Diagnose: Neuritis chronica alcoholica, G. ist invalid. G. erhielt daraufhin die Invalidenrente. Im Februar 1902 verfügte die Genossenschaft eine neue Untersuchung durch Med.-Rat L., dem nur die Unfallakten vorlagen. Dieser fand bei gleichen subjektiven Klagen wie früher nur lebhafte Patellarreflexe und eine geringe Kraftentfaltung; keine Abmagerung der Muskulatur, völlig freie aktive und passive Beweglichkeit der Arme, keine Sensibilitäts-

störung! Diagnose: Hysterie, keine Aenderung gegen früher. Der Widerspruch zwischen dem Bezug der Invalidenrente und dem negativen? Befund bleibt unerörtert. Im Juni 1904 erfolgte auf Anordnung der Genossenschaft eine weitere Begutachtung durch Dr. H., die ungefähr dasselbe Ergebnis hatte, wie es im Folgenden eingehend geschildert wird: eine Diagnose wird nicht gestellt, die Erwerbseinbuße auf 75% beziffert und Neuuntersuchung nach einem halben Jahre empfohlen.

S. wurde nunmehr am 15. Juli 1904 zur Beobachtung dem Hermann-Hause übergeben.

Klagen: Mangelnde Bewegungsfähigkeit und Kraftlosigkeit der Arme, brennende Schmerzen und Frostgefühl darin, besonders im linken Vorderarme und der linken Hand, Schwäche in den Knieen, sodaß Leitern und Treppen kaum begangen werden können, besonders nicht abwärts, Kreuzschmerzen beim Bücken, Kopfschmerzen, Schwindel, viel Durst (seit 2 bis 3 Jahren).

Befund: Mittelgroßer, kräftig gebauter Mann von gutem Ernährungszustande.

Ueber der linken Augenbraue 2 cm lange, reizlose Hautnarbe. Zahlreiche Pockennarben im Gesicht. Der Kopf wird etwas nach vorn gesenkt gehalten, ist aber frei beweglich.

Zittern der Mundmuskeln bei Bewegungen des Mundes. Zungentremor. Sonst keine Störungen an den Hirnnerven.

Wirbelsäule leicht nach links skoliotisch, gut beweglich, nicht empfindlich.

Brustkorb links etwas vorgewölbt, Ausdehnung gleichmäßig. Lungen erweitert. Herz normal. Puls beschleunigt, 96 (während des ganzen Aufenthaltes 100 und darüber).

Deutliche Arteriosklerose.

Bauchorgane ohne Veränderungen. Urin: spezifisches Gewicht 1012, enthält Zucker (Nylander und Trommer positiv).

Die Schultern sind nach vorn gesunken, die Schulterblätter stehen von der Wirbelsäule ab.

Die Muskulatur des Schultergürtels und der Oberarme ist stark abgemagert, links etwas mehr als rechts, die der Unterarme und Hände normal. Besonders die Pektorales und die Supra- und Infraspinati fehlen fast ganz. Sämtliche atrophische Muskeln sind mechanisch sehr erregbar, auch spontane Zuckungen sind an ihnen wahrzunehmen. Die elektrische Erregbarkeit ist ist für beide Stromesarten quantitativ herabgesetzt, an den Infraspinati erloschen.

Die aktive Beweglichkeit in den Schultergelenken beträgt nach vorn und den Seiten nicht ganz 90 Grad, dabei starke Spasmen der Oberarmmuskeln; passiv sind die Bewegungen frei, aber sehr schmerzhaft. In den Ellenbogen-, Hand- und Fingergelenken bestehen keine Bewegungsbeschränkungen, die Fingerbewegungen sind links etwas ungeschickt. An der linken Hand eine Brandnarbe, die sich G. kürzlich unbemerkt zugezogen hat. In beiden Handtellern straffe Querfältelung der Haut. Die Vorderarme und Hände fühlen sich kalt an und sind bläulich verfärbt, links mehr als rechts. Die Kraft der Arme ist sehr gering (am Dynamometer rechts 15, links 0 kg).

Sehnen- und Periostreflexe an beiden Armen sehr lebhaft.

Muskeln der Beine leidlich und gleichmäßig entwickelt, mechanisch sehr erregbar. Aktive Bewegungen in den Hüftgelenken durch Muskelspannungen gehemmt, passive nach Ueberwindung derselben frei, Kniegelenke gut beweglich, in den Fußgelenken ist die Dorsalflexion wegen Kontrakturen der Wadenmuskeln aktiv wie passiv nur in geringem Grade ausführbar; in Ruhelage sind die Füße plantarwärts gerichtet. Kraft der Beine sehr herabgesetzt.

Gang spastisch, die Fußspitzen kleben am Boden; zeitweilig deutliches Schwanken nach den Seiten. Keine Ataxie.

Patellar- und Achillessehnenreflexe erhöht, Plantarreflexe lebhaft, Cremasterreflexe normal. Hodenschmerz vorhanden.

Das Empfindungsvermögen ist für Berührung an beiden Armen, scharf mit der Schultergrenze abschneidend, wenig vermindert, stärker am linken Unterarm und der linken Hand; Schmerz- und Temperaturempfindung ist am rechten Arme und linken Oberarme herabgesetzt; am linken Unterarme und der linken Hand mit Ausnahme des Kleinfingerballens fehlt sie vollständig.

Das Lagegefühl ist am linken Handgelenk beträchtlich herabgesetzt; hier werden erst Beugungen über 45 Grad wahrgenommen; in sämtlichen linken Fingergelenken fehlt es ganz; man kann die Finger in alle möglichen Stellungen bringen und die größten Excursionen damit vornehmen, ohne daß G. angeben kann, ob überhaupt eine Bewegung stattfindet.

Die übrigen Teile der linken und die rechte Extremität lassen in dieser Richtung Störungen nicht erkennen.

Blase, Mastdarm und Geschlechtsorgane funktionieren gut.

Bei Fußaugenschluß kein Schwanken, aber Lidflattern.

Dermographie.

Diagnose: Syringomyelie.

Die Beobachtung ergab noch das Bestehen einer mäßigen Polyurie (tägliche Harnmenge 1800—2000 ccm), spec. Gewicht 1010—1015, Zucker war nicht wieder nachzuweisen.

Es handelt sich im vorliegenden Falle um den selteneren, sog. humero-scapularen Typus (Schlesinger), bei dem das Leiden in den Schulter- und Oberarmmuskeln beginnt. Der Prozeß ist hier oberhalb der Cervivalanschwellung zu suchen, wo die die Schultergürtelmuskeln versorgenden Nerven entspringen. Auf einen höheren (bulbären) Sitz der Erkrankung deutet auch die Polyurie resp. Glycosurie hin. Im Laufe der Jahre sind auch die unteren Partien des Rückenmarks ergriffen worden (Spasmen der Beinmuskeln).

In der Begutachtung wurde ausgeführt, daß die Krankheit in ihren Anfängen schon vor dem Unfalle bestanden habe (eigene Angabe des Verletzten über Parästhesien in den Armen), daß ihr Verlauf aber infolge des Trauma, welches ein schweres war und indirekt eine Stoßwirkung auf den Rücken zur Folge hatte, beschleunigt worden sei. G. wurde ganz erwerbsunfähig erachtet.

Die beiden Krankengeschichten, vor allem die zweite, weisen darauf hin, daß es sich dringend empfiehlt, nach jedem Unfalle, der seinem Verlaufe nach eine schwerere Einwirkung auf das Rückenmark zur Folge gehabt haben kann, eine genaue Untersuchung des Nervensystems anzustellen. Finden sich dann Muskelatrophien von einem der hier beschriebenen beiden Typen oder an den Beinen, Sensibilitätsanomalien mit vorwiegender Störung des Schmerz- und Temperatursinnes, Krümmung der Wirbelsäule, Erhöhung der Patellarreflexe, etwaige trophische Störungen an Haut und Gelenken, um nur einige der hauptsächlichsten Symptome zu nennen, so ist der Verdacht auf Syringomyelie begründet. Der weitere Verlauf wird dann ergeben, ob der Unfall mit einiger Wahrscheinlichkeit eine verschlimmernde Wirkung ausgeübt hat oder nicht.

Pneumonie und Unfall.

Von

Dr. Meyer-Brück (Mark.)

Als Gemeingut von Aerzten, die viel mit Unfallbegutachtungen zu tun haben, ist schon seit längerer Zeit die Ueberzeugung zu betrachten, daß lobäre, sogenannte genuine Pneumonieen nach Unfällen, bestehend in Quetschungen oder Erschütterungen des Thorax, vorkommen können. Es findet sich bereits eine stattliche Kasuistik mehr oder minder gut beobachteter

Fälle vor, bei welchen ein ursächlicher Zusammenhang der Lungenerkrankung mit dem Unfall mit Sicherheit anzunehmen war.

Was die Häufigkeit von durch Unfall verursachten Pneumonieen anbetrifft, so hat Litten eine Frequenz von 4,4 % herausgerechnet; Stern gibt 2,4 %, Demuth 1,6 %, Jürgensen 0,13 % an. Nach meinen eigenen Aufzeichnungen fanden sich unter ca. 140 Pneumonieen zwei Kontusionspneumonieen, also ca. 1,8 %. Ich bezeichne nach dem Vorgange von Litten Pneumonieen, die als Ursache eine Quetschung oder Erschütterung der Brust haben, als Kontusionspneumonieen, während man unter traumatischen Pneumonieen wohl besser Erkrankungen versteht, die durch ein wirkliches Trauma, eine Verwundung, hervorgerufen wurden. Nach der allen Aerzten wohlbekannten Erscheinung der Duplizität der Fälle konnte ich fast zu gleicher Zeit zwei Kontusionspneumonieen beobachten, die freilich nicht zur Begutachtung kamen, aber doch Interessantes bieten.

Im folgenden möchte ich mir nun erlauben, die beiden Fälle in aller Kürze mitzuteilen, um zum Schluß einige kritische Bemerkungen daran zu schließen.

1. Am 15. Februar 1903 wurde ich zu dem Altsitzer Z. in Brück gerufen, bei dem ich eine typische Pneumonie des linken Unterlappens feststellte. Ich will hierbei sofort bemerken, daß der 62 Jahre alte Mann bereits zum dritten Mal innerhalb 6 Jahren an Pneumonie erkrankt war. Außerdem war in derselben Zeit ein Sohn zweimal, zwei Enkel je einmal an Pneumonie erkrankt — alle wohnten in demselben Hause. Ueber seine Krankheit befragt, gab Z. an, er sei am 13. Februar mit Schüttelfrost und Blutauswurf erkrankt, nachdem er in der Nacht vom 11. zum 12. Februar durch einen Torwegflügel, den der Sturm ausgehoben hatte und den er festmachen wollte, zu Boden auf einen Pfahl geworfen worden sei, der zum Befestigen des Torwegs diente. Er sei mit der linken Brustseite auf den Pfahl gefallen und habe noch in der Nacht etwas Blut speien müssen.

Eine äußere Verletzung am Thorax war nicht vorhanden. Der Fall bot sonst keine Besonderheit; die Pneumonie verlief bei akut einsetzender Herzschwäche tötlich.

2. Der Büdner H. aus Alt-Rottstock wurde am 5. März 1903 infolge Durchgehens seiner Pferde vom Wagen geschleudert und fiel dabei wahrscheinlich, nach den Verletzungen zu urteilen, mit der rechten Brustseite auf einen am Wege stehenden Baumstumpf. Er war kurze Zeit bewußtlos. Am Morgen des folgenden Tages konnte ich folgende Verletzungen konstatieren: Schlüsselbeinbruch links, Bruch des rechten Unterkiefers sowie dessen Alveolarfortsatzes, Quetschwunde der rechten Seite der Unterlippe und der rechten Gesichtshälfte, einige blaue Flecke der rechten Schulter. Am 7. morgens bestand Fieber (39^3), Seitenschmerzen rechts und Husten, nachdem in der Nacht nach Aussage der Angehörigen „Wundfieber", daß sich als regulärer Schüttelfrost erwies, aufgetreten war. Die Untersuchung der Brustorgane ergab über dem rechten Unterlappen Schallabschwächung und Krepitieren; dabei bestand etwas blutiger Auswurf, der seinen Blutgehalt aber wahrscheinlich den Verletzungen im Munde verdankte; am folgenden Tage hatte er typisches rostfarbenes Aussehen. Es bildete sich eine Pneumonie des rechten Unterlappens aus, die am 6. Tage kritisierte, deren Verlauf an sich nichts abweichendes bot. Der Mann gesundete.

In Uebereinstimmung mit den meisten Fällen der Kasuistik begann auch in den vorstehend beschriebenen die Erkrankung 36 bis 48 Stunden nach dem Unfall. Die zwischen dem Unfall und dem Ausbruch der Krankheit liegende Zeit scheint mir recht bemerkenswert: ich habe in allen von mir gefundenen veröffentlichten Fällen annähernd dieselbe oben angegebene sozusagen „Inkubationszeit" gefunden. Auch Litten, der die ersten Beobachtungen über Kontusionspneumonie 1882 veröffentlichte, betont den Ausbruch der Erkrankung ein bis zwei Tage nach der betreffenden Kontusion. Wie ist die Entstehung der Pneumonie nach Kontusionen zu erklären? Kann eine Pneumonie eine Kontusion als Ursache haben?

Um die Frage beantworten zu können, müssen wir vorausschicken, was über die Aetiologie der Pneumonie überhaupt bekannt ist.

Die Pneumonie ist eine typische Infektionskrankheit, welche durch eine Reihe von Bakterien hervorgerufen wird, durch Pneumokokken, Pneumobazillen, Influenzabazillen, Streptokokken, ja durch Typhusbazillen. Als Erreger der als Typus der Kontusionspneumonie auftretenden lobären Form kommen hauptsächlich Pneumokokken und Pneumobazillen, in allerletzter Linie vielleicht noch Streptokokken in Betracht.

Als Infektionsmodus gilt heut die Infektion durch Vermittelung der Tonsillen und die Infektion durch Inhalation. Die auch für uns wichtige Frage, ob die normale Menschenlunge keimfrei sei, ist mehrfach untersucht und beantwortet worden. Die verschiedenen Autoren kamen auch zu verschiedenen Ergebnissen. Während die einen, z. B. Dürck, fast regelmäßig in den Lungen menschlicher Leichen Bakterien, namentlich auch die für die Pneumonie in Betracht kommenden, fanden, kamen andere, wie Neisser, der jeglichen Keimgehalt der gesunden Lunge leugnet, Fr. Müller, Klipstein und Goebel zu dem entgegengesetzten Resultat, daß die normale Lunge fast vollkommen keimfrei sei. Die Wahrheit liegt wahrscheinlich in der Mitte: die Lunge wird zu Zeiten, wo sie fast keimfreie Luft atmet, auch keimfrei sein — nach Paul bleiben 96 % der eingeatmeten Keime in der Nase und den Bronchien sitzen und nur 4 % dringen bis in die Alveolen vor — zu einer anderen Zeit wird sie eine mehr oder minder große Zahl von Keimen beherbergen. Denn daß Bakterien bis in die Alveolen respiriert werden, muß man als sicher annehmen, wenn man in Erwägung zieht, daß die sogenannten Pneumonokoniosen durch Inhalation von Staub mehr oder weniger spezifischer Natur hervorgerufen werden und die Bakterien sich an Kleinheit mit dem Staub gewiß messen können.

Was geschieht nun mit den Bakterien, die auf die respirierende Fläche der Lunge gelangt sind? Nach den experimentellen Studien W. Müller's über Pneumonie ist anzunehmen, daß die Keime nicht vom Epithel vernichtet werden, sondern in die Saftbahnen der Lunge aufgenommen und hier unschädlich gemacht werden. Auf welche Weise die Aufnahme in die Saftbahnen geschieht, ist für die Beantwortung unserer Frage gleichgültig, Tatsache ist nach W. Müller, daß die Bakterien allein auf die Alveolenwände keine irritative Wirkung ausüben, sondern erst in die Alveolenwand aufgenommen werden müssen, um vernichtet werden zu können oder entzündungserregend wirken zu können. Zweifellos kommt somit den Zellen der Alveole eine keimtötende Kraft nicht zu, sondern wir müssen den Gewebssäften wie ja überhaupt so auch in der Lunge die Fähigkeit, Keime abzutöten, zuschreiben. Ist nun aber die Virulenz der eingedrungenen Keime, für unseren Fall der Pneumokokken, groß genug, um die bakterientötende Kraft der Gewebssäfte zu paralysieren, so findet in den Saftbahnen ihre Vermehrung statt und damit die Infektion des betreffenden Lungenabschnittes. Die Weiterverbreitung findet ebenfalls in den Saftbahnen und Lymphgefäßen statt, wie Untersuchungen von Weichselbaum beweisen. Hat man doch die Pneumonie mit einer Phlegmone der Lunge verglichen; die Franzosen sprechen von einem Erysipel der Lunge. Dies dürfte die Art und Weise der Infektion durch Inhalation sein. Nimmt man dagegen ein Eindringen der Keime von der Tonsille her an, so würde die Infektion durch die Blutbahn erfolgen: es ist immerhin denkbar, daß Keime bis in die Kapillaren der Lunge verschleppt werden, sich vermehren und in die Saftbahnen einbrechen.

Von diesem Gesichtspunkt betrachtet, erübrigt es sich eigentlich, zu erwähnen, daß bei einer Kontusionspneumonie der Unfall nur als causa disponens in Betracht kommt.

Jedoch würde der Nachweis des Unfalles als causa disponens uns zweifelsohne berechtigen, den Unfall im landläufigen Sinne und auch im Sinne des Unfallversicherungsgesetzes als Ursache der Erkrankung zu betrachten.

Die Wirkung der Kontusion der Brust zur Hervorbringung der Entzündung ist verschiedentlich erklärt worden. Der eine schuldigt physikalische Vorgänge an, die mit der Erschütterung des Organs verbunden sind, andere momentane starke Beeinflussung der Zirkulation, noch andere molekulare Veränderungen der Zellen in der Lunge.

Es ist nicht recht auszudenken, inwiefern die beiden erstgenannten Momente infektionsbegünstigend wirken sollten. Folgt man der letzten Erklärung, so müßte man von der Voraussetzung ausgehen, die Zellen der Lungen, Alveolarepithel usw. besorgten das Abtöten der Keime, die Zellen der Lunge produzierten die baktericiden Stoffe für die Abtötung gerade der Pneumokokken, eine Annahme, die der Wirklichkeit nicht entspricht, da, wie wir bereits oben ausgeführt haben, die Gewebssäfte das fragliche Amt versehen.

Meiner Ansicht nach sind es doch wohl reellere Momente, die zur Erklärung des fraglichen Effektes einer Kontusion herangezogen werden müssen. Es sind dies Ursachen allgemeiner Natur einerseits, zu denen sich noch besondere Umstände andrerseits hinzugesellen.

Setzt man die baktericiden Kräfte eines Organismus als intakt voraus, so wird eine Infektion zu stande kommen, wenn entweder die Virulenz der eingedrungenen Infektionserreger groß genug ist, um die Wirkung der baktericiden Kräfte aufzuheben, oder die Masse des infektiösen Materials so beträchtlich ist, daß dadurch die Infektion bedingt wird. Beides läßt sich mit dem Unfall als causa disponens nicht in Einklang bringen, eine Besonderheit der infektiösen Massen wird durch einen Unfall nicht bedingt. Der Grund ist demnach irgendwo anders zu suchen, wie ich meine, in den baktericiden Kräften des Organismus. Werden die letzteren auf irgendwelche Weise geschädigt, so daß sie nicht ihre volle Wirksamkeit eingedrungenen Bakterien gegenüber entfalten können, so ist es einleuchtend, daß der betreffende Mensch leichter, das heißt durch weniger virulente oder an Menge weniger zahlreiche Bakterien infiziert werden wird, damit also eine Gelegenheitsursache gegeben ist.

Abgesehen davon, daß die natürliche Bakterienresistenz der Menschen ein sehr labiler Faktor ist, bei dem einen mehr, bei dem anderen weniger ausgesprochen ist, so giebt es doch eine ganze Reihe von Momenten, welche teils erfahrungsgemäß teils experimentell erprobt die angeborene Resistenz gegen Infektionen herabzusetzen. Dahin gehören allgemeine Schwächungen des Körpers durch Hunger, Durst, unzureichende Ernährung, Alkoholismus, Änderung der Körpertemperatur, Abkühlung, Erkältung; dahin gehören psychische Einflüsse, Schreck, Aufregung, Kummer usw. Wir werden nicht fehlgehen, wenn wir starke Erschütterungen des Körpers oder der Brust allein, vorübergehende Bewußtlosigkeit mit zu den schwächenden Einflüssen rechnen. Für die letztere Tatsache scheinen Versuche von Snel beweisend zu sein, der Meerschweinchen teils mit Äther, teils mit Chloroform oder Morphin narkotisierte und den Tieren kurz vor oder nach der Narkose Milzbrandbazillen in die unverletzte Trachea spritzte. Die narkotisierten Tiere starben fast sämtlich, wogegen Kontroltiere fast sämtlich gesund blieben. Wenn ich es auch dahin gestellt lasse, wie weit auch die Einverleibung der betreffenden Gifte, des Chloroforms usw., für die fatale Wirkung verantwortlich zu machen ist, so hat doch zweifellos auch die durch die Narkose bedingte Bewußtlosigkeit mit Herabsetzung der Reflexe schon dadurch Anteil, daß sie die Aspiration größerer Mengen von Infektionsstoff bis in die Alveolen erleichtert.

Betrachten wir einen Unfallverletzten, so müssen wir zugeben, daß oft nicht nur einer der oben angeführten schädigenden Einflüsse vorhanden ist, sondern dieselben sich summieren. Zu der mechanischen Erschütterung der Brust kamen in der Regel psychische Einflüsse Schreck, Aufregung, oft Bewußtlosigkeit hinzu, Faktoren, deren Gesamtheit sehr wohl imstande ist, die Bakterienresistenz eines Individuums herabzusetzen.

Mit dem Moment der Bewußtlosigkeit sind wir bereits zu den besonderen Umständen gekommen, denen ich bei Unfällen eine erhebliche Wichtigkeit zuweisen möchte.

Hierher zähle ich vor allen Dingen das Auftreten geringer Blutungen, die sicherlich bei bloßen Kontusionen der Brust sehr häufig vorkommen, ohne daß jedes Mal blutiger Auswurf vorhanden zu sein braucht. Ist doch die Beobachtung ebenfalls nicht neu, daß das anfangs blutige Sputum nach der Verletzung auch bei einer folgenden Pneumonie den sanguinolenten Charakter behielt. Daß das extravasierte Blut einen hervorragenden Nährboden für den Pneumokokkus abgiebt, ist ja hinlänglich bekannt. Weshalb sollte man also die Möglichkeit verneinen, daß Pneumokokken weniger virulenten Charakters oder in geringer Zahl, die unter normalen Umständen keinen infektiösen Einfluß ausüben würden, auf diesem guten Nährboden sich ansiedeln, sich vermehren oder an Virulenz gewinnen und nunmehr erst ihre schädliche Wirkung entfalten. Spricht nicht für meine Annahme auch der Eintritt der Erkrankung nach 36 bis 48 Stunden, wie so häufig beobachtet wurde?

Auch das Auftreten von Pneumonieen in anderen Lungenabschnitten, die entfernt von der Stelle der Kontusion liegen, spricht nicht gegen die Infektion eines wenn auch geringen Blutaustrittes. Wie leicht haben nicht Blutdrucksteigerungen lokaler Natur geringe Blutungen im Gefolge.

Das Vorkommen von Kontusionspneumonieen in beiden Lungen dadurch zu erklären, daß die Pneumonieen auf reflektorischem Wege durch Vermittelung des Nervus vagus respektive auf Grund einer paralytischen Erweiterung des pulmonalen Gefäßsystem zu stande kommen, ist etwas weit hergeholt: die Erklärung der Infektion durch Verschleppung der Keime mit dem Blutstrom genügt meiner Ansicht nach, wenn man bedenkt, daß im Blute Pneumoniekranker der Pneumokokkus wiederholt nachgewiesen wurde.

Man könnte den Einwand erheben, daß Blutaustritte in der Lunge wie beispielsweise die sogenannten roten Infarkte selten in Entzündung und Abscedierung übergehen. Dem ist zu erwidern, daß doch wohl eine ganze Reihe von Lungenabscessen und eitrigen Pleuritiden auf das Konto infizierter Infarkte zu setzen ist und daß man Entzündungserscheinungen bestehend in pleuritischen Veränderungen über Infarkten selten vermißt.

Einen sicheren anatomisch begründeten Beweis über die vorstehenden Fragen zu führen, dürfte vor der Hand nicht möglich sein; doch wie oft ist nicht der Gutachter zufrieden, wenn er nur die Wahrscheinlichkeit ursächlichen Zusammentreffens beweisen kann.

Blutiger Inhalt der Alveolen nach Verletzungen ist schließlich noch auf Aspiration von Blut zurückzuführen, die namentlich bei Bewußtlosen mit Verletzung an der Mund- und Nasenhöhle und der oberen Luftwege leicht vorkommen kann. Der Gedanke, daß in solchen Fällen der Nährboden zugleich mit dem Infektionserreger, dem Pneumokokkus, der ja im Bereich der oberen Luftwege in infektionstüchtigem Zustande oft nachgewiesen wurde, aspiriert wird, ist nicht von der Hand zu weisen.

Ich will noch auf die von mir gebrachten Fälle bezüglich des Zustandekommens der Infektion etwas näher eingehen. Bei

dem zuerst erwähnten Patienten liegt die Annahme der Infektion einer Blutung sehr nahe, da er sofort nach dem Unfall geringen blutigen Auswurf hatte. Die Häufigkeit der Pneumonieerkrankungen bei dem Patienten selber, sowie das fast endemisch zu nennende Auftreten von solchen in dem Hause ließ eine derartige Infektion fast mit Sicherheit erwarten. Ob dieselbe nun durch Inhalation von bakterienhaltigen Tröpfchen, deren Auftreten infolge Husten, Niesen usw. ja nicht unwahrscheinlich ist, oder durch Vermittelung der sicherlich virulente Kokken enthaltenden Tonsille erfolgt ist, steht natürlich dahin.

Bei dem zweiten Unfallverletzten kommen wohl mehrere Gelegenheitsursachen zusammen: die allgemeine schwere Schädigung durch die starke mechanische Erschütterung und die Aufregung, die spezielle Infektionsmöglichkeit von aus den Mundverletzungen herstammenden aspirierten Blut oder durch die Kontusion verursachten Blutaustritten, begünstigt durch die länger dauernde Bewußtlosigkeit, lassen das Eintreten der Erkrankung mehrfach erklärlich erscheinen.

Zum Schluß möchte ich noch mit einigen Worten auf die Zeit eingehen, die vom Unfall bis zum Ausbruch der Krankheit verstreicht. In übereinstimmender Weise findet man bei fast allen kasuistisch gemeldeten Fällen einen Zeitraum von 8 bis 48 Stunden zwischen Unfall und Beginn der Pneumonie, ein Zeitraum, der sich nach den obigen Ausführungen recht gut erklären läßt. Aus eben dem Grunde möchte ich das Auftreten sogenannter Spätpneumonien, ohne neue veranlassende Ursache bestreiten. Es ist wohl anzunehmen, daß nach Ablauf von mehreren Tagen das Gleichgewicht im Organismus wiederhergestellt ist, so daß die vorhandenen Schutzkräfte ihre normale Wirksamkeit wieder entfalten können; ebenso ist die Resorption kleiner, symptomenlos verlaufender Blutergüsse dann beendet und damit der Infektionsmöglichkeit ein Ziel gesetzt.

Jedenfalls dürfte es bedeutend schwieriger sein, den Zusammenhang einer solchen Spätpneumonie mit einem Unfall in ein ursächliches Verhältnis zu bringen, während die Berechtigung der Annahme einer wirklichen Kontusionspneumonie nach den obigen Ausführungen anerkannt werden muß.

Referate.

Sammelbericht.

Die Alkoholfrage in der Literatur. April bis Dezember 1904.

Von Dr. Paul Schenk-Berlin.

I. Allgemeines.

1. **Hoppe,** Die Tatsachen über den Alkohol. (Dritte, wesentlich vermehrte und teilweise umgearbeitete Auflage. Berlin 1904. Mk. 7,00.)

2. **Hueppe,** Alkoholmißbrauch und Abstinenz. (Vortrag, gehalten am 12. Mai 1904 beim österreichischen Brauertage, während der internationalen Spiritusausstellung in Wien. Berlin bei August Hirschwald. 1904.)

3. **Popert,** Das nächste praktische Ziel der Abstinenz-Bewegung. (Vortrag, gehalten auf dem zweiten deutschen Abstinententag zu Altona am 16. Juli 1904. Verlag von Deutschlands Großloge II, Flensburg.)

4. **Mönkemöller,** Ueber die Stellung der deutschen Medicin zur Alkoholfrage vor hundert Jahren. (Der Alkoholismus. 1904. Heft 4.)

Hoppe (1) registriert in erschöpfender Vollständigkeit alle Tatsachen über Wesen und Wirkung des Alkohols. Dem Plane des Buches gemäß verzichtet er darauf, auf die Ursachen und die Behandlung des Alkoholismus einzugehen. Namentlich über den Einfluß des Alkohols auf Morbidität, Mortalität und Pauperismus ist hier reiches Material zusammengetragen.

Der Vortrag Hueppes (2), bezeichnenderweise auf dem österreichischen Brauer-Tage gehalten, wendet sich scharf gegen die Fanatiker der Abstinenz. Nach Hueppe ist eine Ernährung ohne Reizmittel für den Kulturmenschen eine Unmöglichkeit. Zweifellos sind die Ersatzgetränke eine starke Stütze für diese Ansicht. Doch dürfte es Hueppe nicht ohne weiteres zuzugeben sein, daß der Mißbrauch der Reizmittel in unserer Epoche zunehmender Kultur von selbst in starker Abnahme begriffen sei. Gewiß wurde im 16. Jahrhundert dem „Sauf"-Teufel wohl noch mehr gehuldigt wie jetzt. Doch unsere Vorfahren verfügten noch über bessere Nerven. Auch konkurrierten damals Nikotin, Coffein, Morphin noch nicht in solcher Ausdehnung mit den Alcoholicis wie jetzt. Ferner ist nicht zu vergessen, daß der Alkoholismus in der modernen Zeit mehr und mehr auch auf die Frauen übergeht.

Der Hamburger Landrichter Popert (3) greift energisch die Träger des „Trinkzwanges" an. Sie sind ihm die geborenen Plebejer. Das nächste Ziel der Abstinenzbewegung ist: Das ganze deutsche Volk, ob abstinent oder nicht abstinent, muß durchdrungen werden von der Wahrheit des Satzes: „Ehrlos der Mann, der einen anderen durch Spott zum Alkoholtrinken nötigt".

Mönkemöller (4) zeigt, welche hervorragende Rolle die Alcoholica im therapeutischen Arsenal zu Beginn des 19. Jahrhunderts spielten. Damals wurde das ärztliche Handeln ganz wesentlich beeinflußt durch die Erregungslehren des Brownianismus. Brown selbst war ein schwer degenerierter Alkoholist, der sich vor jeder Vorlesung in Branntwein betrank.

II. Der Arzt und die Alkoholfrage.

5. **A. und F. Leppmann,** Alkoholimus, Morphinismus und Ehe. (Sonderdruck aus „Krankheiten und Ehe". Verlag von I. F. Lehmann, München.)

6. **Forel,** Hygiene der Nerven und des Geistes im gesunden und kranken Zustande. (Band 9 der Bibliothek der Gesundheitspflege. Stuttgart [E. H. Moritz] 1904.)

7. **Marcinowski,** Im Kampf um gesunde Nerven. (Berlin 1904.)

8. **Hirt,** Der Einfluß des Alkohols auf das Nerven- und Seelenleben. (Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 25. Heft.)

9. **Nonne,** Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Ueber Trinkerheilstätten. (Handbuch der soz. Medizin. Bd. IV. Heft 2.)

10. **Seiffert,** Karl, Der Alkoholgenuß und seine Folgen. (Beuthen 1903. Verlag des Oberschles. Bezirksvereins gegen den Mißbr. geist. Getr.)

11. **Bonne,** Die Alkoholfrage in ihrer Bedeutung für die ärztliche Praxis. (2. Aufl. Tübingen [Osiander].)

12. **Bunge,** Die Alkoholfrage. (Verlag des Alkoholgegnerbundes.)

13. **Schenk,** Gebrauch und Mißbrauch des Alkohols in der Medizin. (Berlin, Mäßigkeitsverlag. Mk. 0,50.)

14. **Kassowitz,** Der Arzt und der Alkohol. (Wiener medic. Wochenschrift. 1904. Nr. 3. ff.

15. **Fock,** Die Heilung Trunksüchtiger. (Hamburg. Gebr. Lüdeking.)

16. **Grote,** Alkohol und Syphilis in Beziehung zur progressiven Paralyse. (Dissertation. Rostock 1903.)

17. **Ziehen,** Ueber den Einfluß des Alkohols auf das Nervensystem. (2. vermehrte Auflage. Berlin. Mäßigkeits-Verlag. Mk. 0,20.)

18. **Weygandt,** Verhütung der Geisteskrankheiten. (Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Band IV. Heft 6.)

19. **Colla,** Die hypnotische Behandlung des Alkoholismus. (Der Alkoholismus. 1904. Heft 4.)

20. **Gudden,** Ueber verschiedene Formen des Alkoholismus, seine Folgen und Behandlung. (Die Alkoholfrage. Heft 2.)

21. **Stoll,** Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. (Karlshorst.)

22. **Finkelnburg,** Experimentelle Untersuchung über den Einfluß des Alkohols auf den Hirn-Rückenmarksdruck. (Deutsch. Archiv f. klin. Med. 80. Bd.)

23. **Schenk,** Der Alkohol bei der Behandlung der Infektionskrankheiten. (Der Alkolismus. 1904. Heft 3.)

A. und F. Leppmann (5) betrachten die Einwirkung des Alkoholismus auf das eheliche Leben unter den vier Gesichtspunkten:

1. geschlechtliche Gemeinschaft
2. geistige Gemeinschaft
3. materielle Fürsorge
4. Nachkommenschaft.

Der Alkoholismus steigert die Libido und vermindert andererseits die Potenz. Daher sind geschlechtliche Perversitäten bei Alkoholisten häufig. Der Alkohol schädigt das verstandesmäßige Denken und das moralische Gefühl und verstärkt den Trieb zum gesetzwidrigen Handeln. Er verringert die Lebenskräfte und erhöht die Zahl der Selbstmorde und Unfälle. Trinkerkinder sind körperlich und seelisch minderwertig.

Ein grundsätzliches Verbot der Eingehung einer Ehe für die Alkoholisten ist nicht durchführbar. Dagegen muß der Arzt gegen den gewohnheitsmäßigen Genuß alkoholischer Getränke, gegen den Beischlaf in angeheitertem Zustande und für die Zulassung der Ehescheidung wegen Alkoholismus eintreten.

Forel (6) betont mit allem Nachdruck als erste Regel der Nervenhygiene: „Mache Dich nicht künstlich krank und töte nicht künstlich Deine Nervenkräfte.“ Die erste und fundamentale Bedingung für die Erhaltung der Gesundheit des Nervensystems ist die konsequent durchgeführte Enthaltung von allen Genußgiften, in erster Linie von allen narkotischen Giften und in allererster Linie von sämtlichen alkoholischen Getränken.

Das vortreffliche, in dieser Zeitschrift bereits eingehend referierte Buch von Marcinowski (7) weist gleichfalls auf die verderbliche Rolle, welche der Alkohol in unserem gesellschaftlichen Leben und bei der Zeugung spielt, an verschiedenen Stellen eindringlich warnend hin.

Hirt (8) trennt die Wirkungen des Alkohols auf das Nervensystem in reine und zufällige. Zu den reinen Alkoholwirkungen rechnet er außer dem gewöhnlichen Rausch die Entartung der Trinker und ihrer Nachkommen, ihre nervösen Störungen und von seelischen Erscheinungen die Willensschwäche, geistige Verarmung und sittliche Verrohung der Alkoholisten. Zufällige Alkoholwirkungen sind ihm die komplizierten Räusche, das delirium tremens, die Korsakowsche Psychose, der akute hallucinatorische Wahnsinn.

Nonne (9) behandelt besonders eingehend alle für den Betrieb von Trinkerheilstätten in Betracht kommenden Punkte.

Seiffert (10) schildert unter Beigabe instruktiver Abbildungen die pathologischen Wirkungen des Alkohols und fordert alle beteiligten Faktoren zum Kampfe gegen den Volksfeind auf.

Bonne (11) nennt die therapeutische Verwendung der Alkoholika als „Excitantien“ einen „unlogischen Unfug“. Ein nerven- und muskellähmendes Gift wie der Alkohol könne niemals erregend wirken. Bonne scheint vergessen zu haben, daß ein narkotisches Mittel wie der Aether gleichzeitig ein Haupt-Stimulans ist.

Bunge (12) meint, daß Beweise für die günstige Wirkung des Alkohols als Arzneimittel bisher nicht beigebracht sind. Selbstverständlich dürften bei chronischen Leiden keine Alkoholika als Arzneimittel Verwendung finden.

Schenk (13) gibt eine historische Uebersicht über die periodischen Schwankungen in der Ansicht der Aerzte über den therapeutischen Wert des Alkohols. Besonders scharf wendet er sich gegen die Darreichung des Weins als Stärkungsmittel. „Kräftigte der Wein in Wirklichkeit schon den Organismus des schwachen atrophischen Kindes, dann wäre alles Zetern über die Schnapspest unter den Arbeitern nichts weiter als elende Heuchelei.“

Kassowitz (14) ist seit vielen Jahren Abstinent und dabei trotz seiner sechzig Jahre körperlich ungemein leistungsfähig. Der frühe Tod vieler ärztlichen Autoritäten ist nach seinen Recherchen eine indirekte Folge des Alkoholismus.

Fock (15) vertritt den Standpunkt, daß für alle Menschen die Abstinenz das einzig Vernünftige ist. Der Arzt soll, bevor er einen Trinker aus der Behandlung entläßt, mit ihm des Oefteren Gelegenheiten besuchen, wo es nicht ohne Alkohol abgeht. Die Prognose bezüglich der Dauerheilung eines Trinkers bleibt in jedem Falle zweifelhaft.

Grote (16) hat bei 86% der untersuchten 319 Paralysen Alkoholismus in der Anamnese nachgewiesen. Bei 37 dieser Kranken trat die Krankheit in der klassischen, bei 177 in der dementen Form auf. Fast ausnahmslos ist nach Grote eine Kombination mehrerer ätiologischer Momente notwendig zur Entstehung der Paralyse.

Ziehen (17) faßt das Ergebnis der von ihm angestellten Versuche dahin zusammen: nach einmaligem Genuß von 25 gr. Aethylalkohol erfolgt zunächst fast auf allen Gebieten der seelischen Tätigkeit eine leichte Beschleunigung, nach 15–30 Minuten tritt an Stelle dieser Beschleunigung eine zunehmende, schließlich sehr erhebliche und meist erst nach mehreren Stunden sich völlig verlierende Verlangsamung. Bei einem stärkeren Gewohnheitstrinker versagt Gedächtnis und Urteilskraft leicht. Berufsinteresse und Familiensinn gehen unter. Rohheiten häufen sich. Im weiteren Fortschreiten treten Halluzinationen oder Verblödung auf. Die äußerste erlaubte Dosis pro die liegt für den gesunden erwachsenen Mann bei 30–40 g Alkohol.

Nach Weygandt (18) ist nächst der erblichen Belastung der Alkoholismus das wichtigste Moment bei der Entstehung der Geisteskrankheiten.

Der Alkoholiker muß nach Colla (19) zu einer ganz anderen Lebensanschauung erzogen werden. Denn die Abstinenz, welche zur Heilung erforderlich ist, mutet die meisten durchaus fremdartig an. Die Erreichung dieses Zieles erfordert die ganze Suggestionskraft des Behandelnden. Der suggestive Einfluß der Volksgebräuche ist indessen noch mächtiger als der ärztliche Rat. Die Hypnose kann nur als Mittel verwendet werden, um der Suggestion größere Kraft zu verleihen. Die alkoholfreien Getränke unterhalten die hemmende Suggestion, daß es mit dem Wasser allein als Getränk nicht gehe. Den unzweifelhaften Wert und die Art der Anwendung des Hypnotismus bei Alkoholikern erörtert Colla an vier sehr instruktiven Beispielen.

Gudden (20) unterscheidet als „Alkoholisten im engeren Sinne“ die Trinker mit psychopathologischen Erscheinungen von den drei Gruppen der Gewohnheitstrinker, der Gelegenheitstrinker und der in Wahrheit „mäßig“ und nicht regelmäßig Trinkenden. Bei den Alkoholisten im engeren Sinne ist die Erziehung zu totaler Abstinenz unbedingt geboten, die zweite und dritte Gruppe muß zunächst zur wahren „Mäßigkeit“ geführt werden.

Stolls (21) Ausführungen gelten dem Alkohol als Feind der Herzkraft und der Exaktheit.

Nach den Untersuchungen von Finkelnburg (22) erzeugt der Alkohol im Subarachnoidealraum eine Drucksteigerung.

Schenk (23) sieht in dem Alkohol bei der Behandlung der Infektionskrankheiten namentlich ein Stimulans für das Herz, das gleichzeitig eiweissparende Wirkung hat. Dagegen ist die antifebrile und antiseptische Wirkung des Alkohols bei seiner inneren Anwendung von keiner besonderen Bedeutung.

III. Alkohol und Sozialhygiene.

24. **Zacher,** Arbeiterversicherung und Alkoholmißbrauch. (Die Arbeiterversorgung. Juli 1904.)

25. **Fröhlich,** Alkoholfrage und Arbeiterklasse. (Arbeiter-Gesundheitsbibliothek. Heft 5.)

26. **Keferstein,** Moderne Arbeiterbewegung und Alkoholfrage. (Verlag des deutschen Arbeiter- und Abstinenten-Bundes. Berlin S. 42.)

27. **Stehr,** Alkoholgenuß und wirtschaftliche Arbeit. (Jena bei Fischer. Preis Mk. 4,80.)

28. **Grotjahn,** Alkoholismus und Volkswirtschaft. (Vorträge in den wissenschaftlichen Kursen zum Studium des Alkoholismus.)

29. **Freund,** Die Alkoholfrage in der Armee. (Der Militärarzt. 1904. No. 13 ff.)

30. **Liebe,** Die studierende Jugend und die Alkoholfrage. (Erlangen.)

31. **Bleuler-Waser,** Der Einfluß des Alkohols auf das Verhältnis der beiden Geschlechter. (Die Abstinenz. No. 13 ff.)

32. **Lippert,** Das Alkoholmonopol. (Wien 1904. Preis Mk. 1,80.)

33. **Stille,** Die „local option“ in den Vereinigten Staaten. (Die Alkoholfrage. Heft 2.)

Zacher (24) führt aus, daß Krankheiten, Unfälle, Invalidität durch den Alkoholismus wesentlich befördert werden. Auf dem Arbeiterversicherungs-Kongreß in Düsseldorf sowie auf dem Krankenkassentage in Hamburg wurde im Jahre 1902 eine Aktion gegen diesen schlimmsten Feind der Arbeiter ernstlich ins Auge gefaßt. Doch diese kaum begonnene Aktion kam sehr bald wieder ins Stocken. Erst eine organische Verbindung der Kranken- mit der Invaliditätsversicherung wird durchgreifende Vorbeugungsmaßregeln gegen den Alkoholismus der Arbeiter ermöglichen. Viel ließe sich auch durch Vermittlung der Arbeiter-Ausschüsse erreichen.

Fröhlich (25) erklärt ausdrücklich, daß nicht in allen Fällen überlange Arbeitszeit, schlechte Kost, unbefriedigende Wohnung für den Alkoholismus verantwortlich zu machen sind. Hat doch der Arbeiterführer Vandervelde für Belgien nachgewiesen, daß mit dem Steigen der Löhne auf das Dreifache der Schnapskonsum auf das Fünffache stieg, während sich die Bevölkerung nur verdoppelte.

Keferstein (26) setzt auseinander, daß das Klasseninteresse des Arbeiters fordert, daß er seine Körper- und Geisteskräfte durch nichts schädige. Der Alkohol macht die Menschen zufrieden, die Arbeiterklasse aber hat die Pflicht zur Unzufriedenheit.

Stehr (27) hat seine Aufgabe, die sozialen Quellen des Alkoholgenusses des Arbeiters und die Wechselbeziehungen zwischen Alkoholgenuß und Arbeitsleistung in systematischer Weise zu prüfen durch seine ausgedehnten Studien in glänzender Weise gelöst.

Grotjahn (28) hat besonders auf die verwickelten Beziehungen hingewiesen, welche in den einzelnen Kulturländern zwischen Alkoholismus und sozialen Mißständen, Art und Höhe der Produktion und staatlichen Maßnahmen bestehen.

Freund (29) erörtert die Folgen des Alkoholismus für die Armee. Mit zunehmendem Alkoholverbrauch einer Nation wächst die Zahl der Militäruntauglichen. Der Alkohol lockert die Disziplin. Abstinenz ist in der Armee nicht durchzuführen, wohl aber läßt sich Mäßigkeit durch gutes Beispiel und Belehrung sowie durch die Darbietung harmloser Spiele und guter Lektüre in den Mußestunden erzielen.

Liebe (30) gibt in charakteristischen Zügen, mit Erinnerungen aus der eigenen Studentenzeit durchflochten, ein Bild der Zeit und Geist tötenden Wirkung des Alkohols.

Bleuler-Waser (31) gibt aus der Erfahrung heraus interessante Belege für die geschlechtlich erregende Wirkung des Alkohols. Der Besuch des Bordells, die syphilitische Infektion, die Verführung unschuldiger Mädchen — wie oft gehen sie vor sich im Zustande der Angetrunkenheit.

Lippert (32) hat die Ueberzeugung, daß die Vorteile des Monopolsystems die Schattenseiten überwiegen.

Das Wesen der „Local option“ besteht darin, daß jede Kommune durch Abstimmung alljährlich darüber entscheidet, ob Schanklizenzen ausgegeben werden sollen oder nicht. Nach Stille (33) hat sich das System der „Local option“ in Amerika besser bewährt als das der „Prohibition“.

IV. Alkohol und Schule.

34. **Hartmann,** Ueber die Aufgaben der höheren Schule im Kampfe gegen den Alkoholismus. (Die Alkoholfrage Heft 2.)

35. **Stubbe,** Die höhere Schule und der Alkohol. (Der Alkoholismus Heft 2.)

36. **Blitstein,** Alkohol und Schule. Vortrag auf dem internationalen Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg.

37. **Heymann,** Que peut faire l'ecole? (Vortrag auf dem 5. schweizerischen Abstinententag in Bern.)

38. **Merth,** Die Trunksucht und ihre Bekämpfung durch die Schule. (Wien und Leipzig 1904.)

39. **Schulte,** Unterrichtliche Belehrungen über die Gefahren des Alkoholgenusses. (Archiv für die Schulpraxis. 1903.)

40. **Hercod.** Die Schule und der Kampf gegen den Alkoholismus. (Schriftstelle des Alkoholgegnerbundes No. 46/47.)

41. **Marti,** Gegen den Alkohol. (Versuch eines Antialkohol-Unterrichts. Bern.)

Die im Verborgenen blühenden Schülerverbindungen befördern noch Hartmann (34) noch immer das unmäßige Trinken der Jugend der höheren Schulen. Um dem entgegen zu wirken, muß die Schule mit den Eltern zusammenarbeiten. Vorläufig kämpfen die Volksschullehrer durchschnittlich ernster gegen den Alkoholismus als die vielfach an studentischen Trinksitten hängenden akademischen Lehrer.

Nach Stubbe (35) könnte eine Belehrung der Schüler namentlich bei Gelegenheit der Schulausflüge und des Schulsports stattfinden.

Blitstein (36) schlägt vor, den Eltern der neu eintretenden Schüler ein kurzes Merkblatt über den Schaden der geistigen Getränke für Kinder zu übergeben.

Heymann (37) tritt für einen systematischen Alkoholunterricht auf der Schule und in den Seminarien neben gelegentlicher Anknüpfung an passende Unterrichtsgegenstände ein.

Merth (38) gibt eine ausgezeichnete Darstellung der physiologischen, pathologischen und sozialen Wirkungen des Alkohols und erörtert dann sehr eingehend die Aufgaben, welche der Familie, der Gesellschaft, dem Staate, der Kirche und im speziellen der Schule bei der Abwehr des Alkoholismus erwachsen.

Schulte (39) und Marti (41) führen im einzelnen aus, welche Gestalt sie den gegen den Alkohol gerichteten Unterweisungen in der Schule geben möchten.

Hercod (40) schildert außerdem auch die Formen des Kampfes gegen den Alkoholismus in den Schulen des Auslands.

V. Alkohol und Unfall.

42. **de Terra,** Alkohol und Eisenbahndienst. (Mäßigkeitsblätter. Juli 1904.)

de Terra (42) erörtert die Wichtigkeit der Tatsache, daß schon verhältnismäßig geringe Mengen Alkohol in den feinsten Funktionen des Gehirns Störungen herbeizuführen imstande sind, welche weder dem Betreffenden selbst noch seiner Umgebung auffallen, für den Eisenbahndienst. Gehören doch zu diesen Störungen auch Herabsetzungen des Gehörs und der Sehschärfe, sowie namentlich des Farbenunterscheidungsvermögens, ferner Trübungen des Erinnerungsvermögens, der Urteils- und Entschlußfähigkeit. Manche der sonst unerklärlichen Eisenbahnunfälle lassen sich auf eine derartige Alkoholwirkung zurückführen. Der Anreiz und die Lockung zum Trinken ist, von den eigentlichen Alkoholgewerben abgesehen, kaum irgendwo stärker als im äußeren Eisenbahndienst. Völlige Alkoholenthaltsamkeit ist für das Personal der Verkehrsgewerbe von der größten Bedeutung. So lange sie nicht durchgeführt, ist namentlich für Vermehrung und Verbesserung der Uebernachtungs- und Unterkunftsräume, für alkoholfreie Getränke, für Belehrung und Aufklärung zu sorgen.

VI. Alkohol und gerichtliche Medizin.

43. **Hirt,** Alkohol und Zurechnungsfähigkeit. (Die Alkoholfrage. Heft 2.)

44. **Aschaffenburg,** Alkohol und Verbrechen. (Vorträge in den wissenschaftl. Kursen zum Studium des Alkoholismus.)

45. **Schäfer,** Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen nebst einer Zusammenstellung bestehender und vorgeschlagener Gesetze des Auslandes und Inlandes. (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Heft 5/7.)

46. **Trüper,** Ueber psychopathische Minderwertigkeiten als Ursache von Gesetzesverletzungen. (Vortrag auf der 5. Jahresversammlung des Vereins für Kinderforschung.)

47. **Osswald,** Gutachten über einen Fall von pathologischem Rauschzustand. (Aerztl. Sachverständ. Ztg. Nr. 12.

48. **Meyer,** Ueber akute und chronische Alkoholpsychose und über die ätiologische Bedeutung des chronischen Alkoholmißbrauches bei der Entstehung geistiger Störungen überhaupt. (Archiv für Psychiatrie Heft 2.)

49. **Löffler,** Alkohol und Verbrechen. (Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft. Heft 3 und 4.

50. **Geill,** Alkohol und Verbrechen in Dänemark. (Der Alkoholismus. Heft 4.)

Nach Hirt (43) ist unser Wille die Selbstwahrnehmung eines im Wirbel der Begebenheiten sich ringend und strebend fühlenden Ich. Die Zurechnungsfähigkeit ist von zwei Vorbedingungen abhängig: die Gründe unseres Handelns müssen uns klar und deutlich werden, und die Umsetzung des Wollens in Handlungen muß ungestört sein. Bewußtseinsstörungen und psychomotorische Erregungen führen zur Unzurechnungsfähigkeit. In allen vom Alkoholgenuß abhängigen Geisteszuständen ist die Zurechnungsfähigkeit beeinträchtigt. Soll die Gesellschaft geschützt werden, so gehört der Gewohnheitstrinker in eine Trinkerheilanstalt.

Aschaffenburg (44) zeigt, daß die drei Tage Sonnabend, Sonntag, Montag in sechs verschiedenen Gegenden: Zürich, Düsseldorf, Worms, Heidelberg, Halle, Wien mit 56 bis 86 % an der Zahl der Gesamtverbrechen beteiligt sind. Die Erklärung hierfür, daß der Sonnabend Lohntag, der Sonntag der Tag des Genusses und der Montag der blaue Montag ist, liegt auf der Hand. Die Centren des Alkoholkonsums in allen drei Formen: Schnaps, Bier und Wein: Bromberg und Oppeln, Nieder- und Oberbayern, die Pfalz entsprechen auch den Häufigkeitscentren der gefährlichen Körperverletzungen.

Schäfer (45) gibt eine ausführliche Zusammenstellung der Gesetzesbestimmungen anderer Staaten, welche einem dringend notwendigen deutschen Trinkergesetze zur Grundlage dienen können.

Trüper (46) führt aus, daß in recht vielen Fällen das seelisch Minderwertige im werdenden Menschen durch den Alkohol zuerst ans Licht und zur rechten Entfaltung gebracht wird. Er exempliziert auf den Fähnrich Hüssener, den stud. jur. Fischer, den Prinzen Arenberg, den Sadisten Dippold. Die Ausführungen sind von höchstem Interesse.

Osswald (47) führt in seinem Gutachten aus, daß eine auffallende Veränderung des ganzen Wesens, die „Direktionslosigkeit" den Rausch als einen krankhaften charakterisiere. Bisher hielt man den pathologischen Rausch dann für vorliegend, wenn das Bild des gewöhnlichen Rausches (zu dem auch die Wesensveränderung gehört) durch anders geartete geistige Störungen kompliziert wird.

Meyer (48) kommt auf Grund seiner Beobachtungen zu dem Schluß, daß der chronische Alkoholmißbrauch an sich jede Form geistiger Störung zu verursachen vermag.

Löffler (49) hat für das Wiener Landgericht und das Kreisgericht Korneuburg nachgewiesen, daß von den in den beiden Jahren 1896 und 97 zur Aburteilung gelangten Rohheits- und Sittlichkeitsverbrechen und -vergehen mehr als die Hälfte auf die Trunkenen entfiel.

Nach Geill (50) kann das ursächliche Verhältnis des Alkohols zum Verbrechen fünffacher Art sein:

1. Das Verbrechen ist durch chronischen Alkoholismus des Betreffenden verursacht.
2. Das Verbrechen ist durch Berauschung hervorgerufen.
3. Das Verbrechen ist verübt, um Spirituosen oder Geld dazu zu erhalten.
4. Das Verbrechen ist durch Alkoholismus näherer Verwandten verursacht.
5. Der Betreffende ist zum Verbrecher geworden kraft angeborener Anlage, welche durch chronischen Alkoholismus in der Abstammung entstanden ist.

In den bisher vorliegenden Zahlen ist nicht hinreichend zwischen Ursache und Wirkung unterschieden. Von 1845 dänischen Verbrechern waren 693 = 37,56 % chronische Alkoholisten, 477 = 28,85 % waren im Augenblick der Tat berauscht (darunter 248 chronische Alkoholisten). Die Zahl der in der 3. Kategorie befindlichen steigerte die Prozentzahl kaum nennenswert, die zu 4. zu Rechnenden, lassen sich von den unter 5. nicht trennen. Von sämtlichen 693 chronischen Alkoholisten waren 264 erblich belastet, von den restierenden 1152 Verbrechern nur 196 = 17,91 %.

Chirurgie.

Einiges über die Verletzungen der Wirbelsäule und deren gerichtsärztliche Beurteilung.

Von Dr. Stempel-Breslau.

(Mon. f. Unfall-Heilkunde 1904, Nr. 7.)

An der Hand eines von ihm begutachteten Falles weist Stempel darauf hin, daß Verletzungen der Wirbelsäule häufig übersehen werden. Bei einem durch Fall verunglückten Arbeiter war eine Verstauchung der Halswirbelsäule diagnostiziert worden,

weil neben den Schmerzen nur eine Beweglichkeitsbeschränkung des Kopfes zu finden war, während weder eine sicht- und fühlbare Veränderung der Wirbelsäule, noch eine Störung am Zentralnervensystem festgestellt werden konnte. Auch die Behinderung in der Beweglichkeit des Kopfes ging allmählich zurück. Mehrere Jahre nach dem Unfall starb der Verletzte unter Symptomen, die an ein Rückenmarksleiden denken ließen. Der erstbehandelnde Arzt wollte nach der Anamnese den Zusammenhang eines solchen mit dem Unfall ausschließen. Als aber die Leiche $^3/_4$ Jahre nach dem Tode exhumiert wurde, konnte Stempel die Spuren von drei Kompressionsfrakturen an der Halswirbelsäule feststellen. Die Veränderungen, die von dort ausgingen, konnten sehr wohl eine Affektion des Rückenmarks bedingt haben.

Bei Verletzungen der Wirbelsäule sollte man mehr, als es oft geschieht, auf die Art des Trauma achten. Jede stärkere Gewalt kann zumal am leicht zerbrechlichen Corpus vertebrae eine Fraktur hervorrufen. Ein wesentliches Zeichen derselben ist der Schmerz, der bei Druck und Perkussion monatelang konstant an derselben Stelle auftritt. Bei sorgfältiger Untersuchung wird man, zumal wenn der Patient sich vorbeugt, kaum je ein Vorspringen der Dornfortsätze vermissen, das durch das Zusammensinken des Wirbelkörpers entsteht. Oft kommt es infolge der leicht vorgebeugten Haltung des Rumpfes zur Ausbildung einer oder mehrerer Falten an der Bauchhaut, an deren Grund sich eine rote, manchmal mazerierte Furche befindet. Behinderung der Beweglichkeit läßt sich oft nur bei sehr eingehender Prüfung aller aktiven und passiven Bewegungen feststellen. Es kann aber durch fortgeleitete periostitische Wucherung zu sehr ausgedehnten Versteifungen benachbarter Teile der Wirbelsäule kommen. Sehr eingehend und häufig sind auch alle Funktionen des Nervensystems zu untersuchen. Es beweist nichts gegen eine Verletzung der Wirbelsäule, wenn längere Zeit hindurch keine Störungen an den Nerven zu finden sind. Nicht ganz selten werden erst später durch Periostwucherungen Veränderungen an den austretenden Nerven oder auch am Rückenmark hervorgerufen, die dann erst monatelang nach dem Unfall zu Lähmungen usw. führen. Andererseits können gerade solche nervösen Störungen, die sofort nach der Verletzung auftreten, wieder zurückgehen, weil sie nur durch Blutergüsse bedingt sind, die das Rückenmark komprimieren. Ein wesentliches Hilfsmittel der Diagnose ist die Röntgenuntersuchung, die freilich nur dem gut geschulten Beobachter sichere Resultate liefern kann. Therapeutisch ist das wesentlichste eine möglichst lange Ruhigstellung der Wirbelsäule, die im Anfang durch Extension, später durch Stützkorsett zu bewirken ist. Die Häufigkeit von später einsetzenden Veränderungen an Knochen und Rückenmark erfordert oft wiederholte Nachuntersuchungen. Lehfeldt.

Experimentelle Untersuchungen zur Genese der Sternumfraktur bei Wirbelfrakturen.

Von Victor Otz in Bern.

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie 1904.)

Otz hat auf Kochers Veranlassung die Genese der noch zu wenig bekannten und doch garnicht seltenen Brustbeinfrakturen als Begleiter der Wirbelsäulenbrüche experimentell studiert. Es zeigte sich bei acht Fallversuchen an Leichen folgendes: Bei drei Versuchen mit Ausschaltung der Rippen- und Kinnwirkung, kam jedesmal eine Sternumfraktur zustande (nach voraufgegangener Entfernung des Unterkiefers bezw. der Rippen). Trotzdem ist Kocher der Ansicht, daß Kinn und Rippen eine Rolle spielen bei dem Zustandekommen von Brustbeinbrüchen, weil er dreimal auch Rippenbrüche am Lebenden fand. Die Experimente sind nach Kocher noch nicht genügend zur endgiltigen Lösung der Frage. Stolper-Göttingen.

Zur Aetiologie der Entspannungskoliose.

Von Dr. Marcus-Posen.

(Monatsschr. f. Unf.-Heilk. 1904 No. 6.)

Marcus berichtet über zwei Kranke, die ihm mit der Diagnose „Scoliosis ischiadica" zugesandt wurden. Die genaue Anamnese ergab, daß in beiden Fällen leichte, kaum beachtete Traumen voraufgegangen waren. Im ersten Fall war Patient beim Fahren auf einem Spritzenwagen über holperiges Pflaster mit der linken Gesäßhälfte plötzlich stark aufgeschlagen. Der zweite Kranke war beim Tennisspiel auf das rechte Bein gefallen. Die Untersuchung zeigte, daß die typischen Druckpunkte des Ischiadicus nicht empfindlich waren, auch keine Schmerzen im Bereich der unteren Extremität bestanden. Dagegen traten im ersten Fall bei forcierten Bewegungen im linken Hüftgelenk lebhafte Schmerzen in der linken Gesäßhälfte auf. Auffällig war in beiden Fällen neben der Verschiebung des ganzen Rumpfes nach der gesunden Seite, wie man sie bei Scoliosis ischiadica gewöhnlich sieht, eine lordotische Krümmung der Brust- und eine kyphotische der Lendenwirbelsäule; die letztere war auf Druck sehr empfindlich; während die Patienten die seitliche Verschiebung des Rumpfes leicht beseitigen konnten, gelang das mit der Kyphose der Lendenwirbelsäule nicht; Versuche, sie passiv zu beheben, riefen heftige Schmerzen hervor. Marcus nimmt an, daß bei den Traumen die Zwischenwirbelscheiben verletzt seien, und daß ihre nachfolgende Erkrankung den ganzen Symptomenkomplex hervorgerufen habe.

Lehfeldt.

Die Entstehung und das Wachstum des Hautkarzinoms, nebst Bemerkungen über die Entstehung der Geschwülste im allgemeinen.

Von Borrmann-Göttingen.

(Zeitschrift für Krebsforschung. Band II. Heft 1 und 2. 1904. Mit 14 Tafeln und 117 Figuren im Text.)

Borrmann, bekanntlich kein Neuling auf dem Gebiete der Krebsforschung, hat mit unendlichem Fleiß aus allen Teilen Deutschlands kleinste beginnende Karzinome der Haut gesammelt und in Wort und Bild aufs eingehendste geschildert. In der bisherigen Methode, das Ergebnis der Untersuchung von Randpartien großer, womöglich exulcerierter Krebse der ätiologischen und genetischen Erforschung zugrunde zu legen, sieht B. den letzten Grund der so großen Meinungsverschiedenheiten. Das sei prinzipiell falsch und eben deshalb sei auch die pathologisch-anatomische Forschung nicht vorangekommen. Ribberts Verdienst sei es, darauf als erster hingewiesen zu haben, und Borrmanns außergewöhnlich großes Material und seine Ausführungen sind in der Tat überzeugend.

Das Hautkarzinom ist naturgemäß für Frühuntersuchungen am ehesten erhaltbar. B. unterscheidet davon zwei Arten: das Koriumkarzinom und das Plattenepithelkarzinom. Das erstere verhornt nicht, nimmt nicht in der Epidermis, sondern von mehr oder weniger tief unter dieselbe versprengten Epithelinseln seinen Ausgang. Das letztere (Cancroid) entsteht ebenfalls von embryonal ausgeschalteten Plattenepithelkomplexen. Subepitheliale entzündliche Veränderungen sind die unumgänglich notwendigen Vorläufer der Karzinomentwicklung. Den Beweis dafür gibt Verfasser durch mehr als 200 gute Abbildungen.

Aus der umfangreichen Arbeit können Einzelheiten nicht erörtert werden, aber gerade diesen Leserkreis dürften des Verfassers allgemeine Bemerkungen über die Entstehung von Ge-

schwülsten interessieren, die deshalb von hohem Wert, weil sie Borrmann sich gebildet hat auf Grund vieljähriger histologischer Untersuchungen und im steten Meinungsaustausch auch mit den praktischen Chirurgen.

Den Vorgang der Krebsentwicklung denkt er sich so: In einem gewissen Alter treten Degenerationserscheinungen in der Haut auf, kollagene Umwandlung des Koriums, Quellung und Untergang der elastischen Fasern. Auch die Basalmembran der Hautdrüsen und Haarbälge erfährt damit eine hyaline Umwandlung. Kommen nun entzündungserregende Umstände in umschriebenen Bezirken und damit Hyperämie hinzu, so werden fötal abgesprengte Epithelinseln in und unter der Epidermis zum Wachstum angeregt. So nimmt Borrmann nicht nur für den Hautkrebs, sondern auch für andere Krebse wie für alle Tumoren ähnlich wie früher schon Cohnheim, eine Entstehung aus embryonalen Zelldystokien an und rückt die Entzündung als ursächliches, Geschwulstbildung auslösendes Moment mit in den Vordergrund.

Gegen die Anhänger der parasitären Aetiologie der Krebse führt er drei aus seinem Untersuchungsmaterial gewonnene Momente an: nämlich, daß in den ersten Anfängen des Krebses nicht eine Spur von jenen Gebilden gefunden werden kann, die von manchen für Parasiten gehalten werden, während sie doch gerade im jungen Karzinom leicht zu erkennen sein müßten. Ferner liegen die Anfänge so vieler kleiner Karzinome unter dem unverletzten Deckepithel. Wie sollten Parasiten dorthin und gerade an diese abgesprengten Epithelinseln gelangen? Und endlich, wie wäre die Multiplizität der kleinen Karzinome in einem kleinsten Bezirk zu erklären, wie sollten Parasiten gerade die hier liegenden Epithelinseln so peinlich auszusuchen imstande sein!

Die embryonal isolierte Zelle habe durchaus das Vermögen sich so zu vermehren, daß Riesengeschwülste entstehen können, das lehre die befruchtete Eizelle. Borrmann glaubt also die Geschwulstbildung auf der Basis uns bekannter, gültiger biologischer Gesetze erklären zu können und hält alle Parasitenjagd für völlig aussichtslos. Stolper-Göttingen.

Neurologie und Psychiatrie.

Ueber traumatische Syringomyelie und Tabes.

Von Dr. A. Rosenfeld.

Aus der med. Univ.-Klinik zu Königsberg; Prof. Dr. Lichtheim.

(Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge. No. 380.)

Man unterscheidet nach Schlesinger zwei Gruppen von traumatischer Syringomyelie. Die eine entsteht nur nach Traumen, welche den Wirbelkanal direkt treffen und bietet unmittelbar nach der Verletzung das Bild einer schweren Spinalerkrankung, während bei der zweiten Gruppe die Gewalt meist peripher einwirkt, an welche dann die schleichend sich entwickelnde typische Syringomyelie sich anschließt.

Klar liegen die Verhältnisse nur bei der ersten Gruppe, der Hämatomyelie. Durch eine Gewalteinwirkung auf die Wirbelsäule entstehen Blutungen oder Nekrosen im Rückenmark; Nachblutungen können in den nächsten Tagen den Zustand verschlimmern, dann hört aber das Fortschreiten auf. Es kommt zur Resorption des Blutergusses, einige Erscheinungen bilden sich zurück, und allmählich treten die endgültigen Ausfallerscheinungen hervor. Je nach der Lokalisation der Blutung kommt es natürlich zu verschiedenen Symptomengruppen; nach Sturz auf das Gesäß findet man häufig Paraplegien mit Lähmung der Blase und des Mastdarms, bei Blutungen um den Zentralkanal den Symptomenkomplex der Syringomyelie. Das Krankheitsbild bleibt im weiteren Verlaufe der Krankheit stationär.

Wesentlich schwerer verständlich als bei dieser Gruppe ist der Zusammenhang zwischen einem Trauma und der chronisch verlaufenden echten Syringomyelie, besonders wenn diese Erscheinungen erst Monate oder Jahre lang nach der Verletzung festgestellt werden. Trifft das Trauma die Wirbelsäule, so ist ein solcher Zusammenhang theoretisch denkbar, doch ist die Annahme einer bestehenden Prädisposition des Rückenmarks die wahrscheinlichste. Mehr noch gilt dieses bei den Beobachtungen, wo eine typische Syringomyelie sich an eine Verletzung der Gliedmaßen, meist an einen Armbruch angeschlossen hat. Als Bindeglied wird in diesen Fällen von einigen Autoren eine aszendierende Neuritis, die zu sekundären Veränderungen im Rückenmark führt, angenommen; sicher nachweisbar ist sie wohl fast nie. Häufig wird der Kausalnexus ein umgekehrter sein, indem der als Entstehungsursache der Krankheit angeschuldigte Knochenbruch bereits die Folge der bisher unbemerkten Syringomyelie ist.

Will man die beiden Gruppen der Syringomyelie kurz skizzieren, so kann man sagen, daß die erste eine durch Trauma entstandene Rückenmarkserkrankung, die in ihren Symptomen der Syringomyelie sehr ähnelt, ist, aber keine Syringomyelie darstellt, und daß in der zweiten die Syringomyelie sicher, der traumatische Ursprung jedoch höchst zweifelhaft ist.

Aehnlich wie bei dieser Gruppe liegen die Verhältnisse bei der sogenannten traumatischen Tabes. Sie schließt sich in der größten Mehrzahl der beschriebenen Fälle an eine Verletzung des Beines, meist an einen Knochenbruch, seltener an ein Trauma des Armes an. Die Schmerzen persistieren auffallend lange in dem Körperteil und nehmen, nachdem der Bruch lange geheilt ist, einen lanzinierenden Charakter an; erst viele Monate später kommt es zu den anderen tabischen Symptomen.

Wenn auch Abweichungen von dieser Regel vorkommen, so ist doch der Zusammenhang zwischen Trauma und Lokalisation immerhin auffallend. Nehmen wir mit den meisten Autoren an, dass in all diesen Fällen die Tabes vor dem Trauma bestanden hat, so erklärt sich ihr Zusammenfallen meist in der Weise, daß vor der Gewalteinwirkung bereits gewisse unter der Schwelle des Bewusstseins schlummernde Sensationen vorhanden sind, welche plötzlich als lanzinierende Schmerzen empfunden werden, wenn eine Verletzung die Aufmerksamkeit auf dieses Innervationsgebiet lenkt. Auch kann man es verstehen, wenn bereits stark degenerierte Nervengebiete plötzlich nach einer Schädigung ihre Funktionen ganz einstellen.

Freilich sind einige „einwandsfreie" Beobachtungen von traumatisch entstandener Tabes in der Literatur niedergelegt, ob sie aber alle, oder auch nur zu einem Teile einer genauen Prüfung standhalten, erscheint mehr als fraglich.

Für die Begutachtung ist die Frage über die Bedeutung des Traumas als ätiologisches Moment gleichgültig, da ja auch bei Verschlimmerung einer Krankheit durch einen Unfall volle Entschädigung gewährt wird. Niehues-Berlin.

Paralysis agitans nach Trauma.

Von Dr. Karl Schmidt-Cottbus,

Ober-Arzt der Heilanstalt des Professor Thiem.

(Mon.-Schr. f. Unfhkde. u. Invalidenw. 1904. No. 2.)

Mitteilung eines Gutachtens über die völlige Erwerbsunfähigkeit einer 50jährigen Arbeiterin, die etwa sechs Wochen nach einem Sturz von der Treppe das Bild schon recht weit vorgeschrittener Schüttellähmung bot. Das Schütteln zeigt sich besonders an dem in bekannter Weise gehaltenen rechten Arm, wenig noch am linken und am Kopf, vereinzelt am ganzen Körper. An den Hals-, Brust- und Bauchmuskeln, wie an den

Rückenstreckern findet sich auffallende Starrheit. Die Sehnenreflexe sind erhöht. Selten tritt wie hier Abnahme der Geisteskräfte so frühzeitig ein; die Gemütsstimmung ist gedrückt.

E. Wullenweber-Schleswig.

Die Prognose der traumatischen Neurosen.

Von Prof. Dr. Huguenins-Zürich.

(Corresdondenzblatt für Schweizer Aerzte Oktober 1904 S. 623.)

Die Prognose wurzelt in Natur und Anlage des Patienten. Gelingt es, eine in Degeneration begriffene Familie fest zu stellen mit Defekten und Abnormitäten im Fühlen und Denken, namentlich Defekten in der ethischen Seite des Vorstellens, und wird eins der Glieder von sicherer traumatischer Neurose schwerer Natur befallen. so ist die Prognose eine schlechte. Als schwere traumatische Neurose sind in erster Linie solche anzusehen. welche auf wahre Kommotion folgen. Dabei ist nicht zu übersehen, daß es häufig Traumen am Kopfe gibt, welche nicht mit schweren Kommotionsveränderungen im Hirn verbunden sind, aber infolge des psychischen Traumas folgt auf sie eine Neurasthenie, welche eine Zeit lang symptomatisch von wahrer Hirnerkrankung sich nicht trennen läßt.

Dem gegenüber stehen die Krankheiten funktioneller Natur. Diese fallen prognostisch mit den gewöhnlichen und alltäglichen Geistesstörungen zusammen soweit für sie in den Lebensumständen des Kranken genügende Erklärungsgründe vorliegen. Die einfachen Neurasthenien sind prognostisch noch am günstigsten zu beurteilen. Von großer Wichtigkeit ist es, die Kranken so schnell als möglich zu irgend einer Arbeit zu bringen. Am schlimmsten steht es prognostisch mit der Hysterie, namentlich allen den Formen, bei denen Lokalsymptome sich an den Ort der Verletzung geknüpft haben (Lähmungen, Anaesthesien, Kontrakturen). Während bei der spontanen Hysterie solche Lokalaffektionen plötzlich verschwinden können, trifft dies bei der traumatischen Hysterie nur in einem verschwindend kleinen Teil der Fälle zu. Eine Lähmung bei gewöhnlicher Hysterie macht uns keine übermäßige Sorge, bei traumatischer Hysterie ist es ein ernstes Leiden von schlechter Prognose. J. Meyer-Lübeck.

Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens.

Aus der psychiatrischen Universitätsklinik in Greifswald.

Von Professor Dr. Westphal.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904 Nr. 1.)

33jähriger Wärter eines Gepäckwagens war Oktober 1902 dadurch verunglückt, daß ihm bei einem Eisenbahnunfall Gepäckstücke auf den Rücken fielen, wodurch er eine Quetschung des linken Oberschenkels erlitt und einige Momente das Bewußtsein verloren zu haben glaubt. Nach Reparatur der Maschine tat er wieder Dienst, ohne zunächst Störungen zu haben. Bald jedoch fühlte er sich zittrig, abgespannt, litt an unheimlichen Gefühlen, tat aber seinen Dienst weiter. Elf Monate nachher meinte er, es sei nun gerade ein Jahr seit dem Unfall und sprach viel davon, fing Nachts (nach drei Flaschen Bier) an verwirrt zu reden und mußte nach zwei Tagen in die Greifswalder Klinik verbracht werden.

Dort machte er einen deliriösen Eindruck, war schwerbesinnlich, die Antworten fielen durch eine gesuchte Unsinnigkeit auf. Nach zwei Tagen war er plötzlich für einige Stunden ganz frei. In den folgenden zwei Tagen bekam er in immer größeren Intervallen den deliriösen Zustand wieder, jedoch ohne das Vorbeireden. Nach vier Wochen wurde er geheilt entlassen und arbeitet seither ohne Störung zehn Stunden täglich als Bahnschlosser.

Der Inhalt der deliriösen Verwirrtheit oder Dämmerzustände ging ausschließlich von dem affektbetonten Ereignis der Vergangenheit aus (Eisenbahnunfall), um diese Hauptvorstellung gruppieren sich die Erlebnisse während der Dämmerzustände.

Für die Genese hysterischer Zustände ist der Fall von Interesse, weil er zeigt, wie bestimmte affektive Erregungszustände oder Vorstellungen Ausgang und Mittelpunkt hysterischer Erscheinungen geworden sind. L. Mann-Mannheim.

Korsakowscher Symptomenkomplex nach Gehirnerschütterung.

Von Prof. Dr. E. Meyer-Königsberg.

(Neurolog. Zentralblatt. 1904. No. 15.)

32jähriger Heizer, der nicht Potator war, erlitt ein schweres Schädeltrauma (wahrscheinlich Basisfraktur). Infektion negiert. Heredität 0. Im Anschluß an das Trauma mehrtägiges Koma. an das sich direkt ein Zustand von Erregung und Unorientiertheit mit hochgradiger Störung des Gedächtnisses für die jüngste Vergangenheit und Neigung zu Konfabulation anschloß. Für den Unfall bestand Amnesie. Nach Schwinden der Erregung hielten die obigen Störungen noch an, erst nach mehreren Monaten psychische Besserung, aber keine völlige Wiederherstellung. Begleiterscheinungen waren: viel Kopfweh, Schwindel. mehrfach Fieber, das auf zerebraler Störung zu beruhen schien.

Eine Operation ergab nichts Positives. Zwei epileptiforme Anfälle.

Verfasser sieht die Bedeutung des Falles darin, daß er ein neuer Beleg für die Anschauung ist, daß auch eine schwere Hirnerschütterung den typischen Korsakowschen Symptomenkomplex hervorzurufen imstande ist. Es können sich also bei verschiedenartigen ätiologischen Momenten Krankheitsbilder entwickeln, die sämtliche Characteristica des Korsakowschen Symptomenkomplexes aufweisen. Die Auffassung Kräpelins, daß Krankheitsvorgänge mit unzweideutig verschiedenen Ursachen nicht wesensgleich sein können, hält Verfasser deshalb für bis jetzt nicht durchführbar.

L. Mann-Mannheim.

Vergiftungen.

Merkmale einer Sublimatvergiftung als zufälliger Leichenöffnungsbefund nach Abort.

Von Dr. Keferstein, Gerichtsarzt in Magdeburg.

(Zeitschr. f. Medizinalbeamten. Jahrg. XVII, Nr. 11.)

Auf Grund eines Leichenöffnungsbefundes bezeichnet K. die Ausspülung eines puerperalen Uterus mit Sublimatlösung als ein höchst gewagtes Unternehmen. Eine Frau mit beginnendem Abort und übelriechendem Ausfluß erhielt zwecks einer völlig gerechtfertigten energischen Desinfektion eine Ausspülung mit Sublimatlösung (1,0 : 2000,0); sie starb nach einer Verschlimmerung. Zufällig fanden sich bei der aus anderem Grunde gemachten Sektion die Zeichen der Sublimatkolitis. Es ist also durch die Ausscheidung des Giftes an den Schleimhäuten zu einer Fernwirkung des Sublimats gekommen. Ziegenhagen-Danzig.

Ueber temporäre Idiosynkrasie gegen Quecksilber.

Von Dr. A. Berliner.

(Allgem. Medis. Zentralzeitung Nr. 32, Pg. 613.)

Bei der Anwendung des Quecksilbers muß man, um sich vor Schaden zu bewahren, mit einer bisher wenig gewürdigten transitorischen Disposition rechnen, einer durch verschiedene Umstände bestimmten, zeitlichen Begrenzung einer abnormen Wirkung, die bei anderen Mitteln zu den Seltenheiten gehört. Merkwürdig wenig wissen wir über den Zustand der Schwangerschaft in seinem Verhalten zu gewissen Arzneimitteln. In diesem Sinne ist eine Mitteilung des Verfassers interessant über

eine Schmierkur, die, ohne das weitere Leben des Kindes zu bedrohen, bei der Mutter bereits alarmierende Erscheinungen im Gefolge hatte.

Es handelt sich um eine 33jährige Frau, die im sechsten Schwangerschaftsmonate ohne ihr Wissen von ihrem Manne syphilitisch infiziert wurde. Sie hatte eine spezifische Angina, Entzündung der Mundschleimhaut, dabei stark kariöse Zähne. Nach dreitägiger Einreibung von 3 g roter Quecksilbersalbe starke Enteritis, die sich trotz Darreichung von Tannalbin und Opium und Herabsetzung der Quecksilberdosis zu hochgradiger Prostration, blutigen Diarrhöen und Zahnfleischblutungen steigerte, so daß das Quecksilber ausgesetzt werden mußte. Darauf schwanden die Erscheinungen. Nach einer Woche erhält Patientin einen Mercolintschurz mittlerer Stärke. Sofort beginnen die Durchfälle in gleich bedrohlicher Weise aufzutreten. Nun wurde von jeder Quecksilberbehandlung abgesehen. Am Ende der Schwangerschaft Geburt eines gesunden Kindes, welches, von den Eltern ohne ärztlichen Beistand gelassen, nach fünf Wochen an Pemphigus syphiliticus starb. Sechs Wochen nach der Entbindung beginnt die Patientin, die nun über ihren Zustand aufgeklärt war, auf eigene Faust eine Schmierkur, die jetzt anstandslos bei normalem Stuhlgang und tadellosem Verhalten der Mundschleimhaut vertragen wurde. J. Meyer-Lübeck.

Sur un cas d'iodisme tubereux du visage.

Par MM Hallopeau et Vieillard.

(Annales de Dermatologie et du Syphiligraphie Mai 1904 pg. 411.)

Eine 66jährige Frau, die bis dahin stets gesund gewesen war, erkrankte im Mai 1903 an Kopfschmerzen und Schwindel und bekam dafür eine Jodkalilösung 5:150 2mal täglich 1 Eßlöffel. Bald darauf erschienen auf den Augenlidern eine Anzahl Blasen, die mit einer hellen Flüssigkeit gefüllt waren. Die Schmerzanfälle wiederholten sich im Januar und März 1904 und jedem Jodgebrauch folgte der neue Ausbruch von Blasen im Gesicht. Im Krankenhause hielt man den Zustand trotz Fehlens jeder diesbezüglichen Anamnese für syphilitisch und verordnete eine Schmierkur und täglich 6 g Jodkali. Nach wenigen Tagen verschwanden die cerebralen Erscheinungen, aber dafür verschlimmerten sich die Erscheinungen im Gesicht in sechs Wochen erheblich. Das ganze Gesicht war jetzt bedeckt mit Knoten, die meistens die Größe einer Linse, teilweise die einer Kirsche erreichten. Die ausschließliche Lokalisation im Gesicht, die unvollständige Symmetrie, die beträchtliche Größe und das Wachstum der Knoten, sowie die lebhaften Schmerzen brachten Verfasser zu der Diagnose des Jodismus.

J. Meyer-Lübeck.

Sur une forme gangréneuse de bromisme.

Par MM Hallopeau et Vieillard.

(Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie Mai 1904 pg. 142.)

Eine 61jährige an einem Herzfehler leidende Frau wird wegen allgemeiner Gelenkschmerzen und Nervosität mit Bromkalium behandelt, nach acht Tagen entwickelt sich an der Innenseite der Schenkel ein Erythem, sowie Blasen auf dem linken Knie und den Händen. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus zeigen sich an dem linken Bein Geschwüre von 6:10 cm Umfang, die durchzogen sind mit brandigen Streifen. Die Stellen sind intensiv schmerzhaft. Nach Aussetzen des Broms und feuchten Verbänden mit Borwasser verschwinden die Erscheinungen schnell. Das anfänglich zerstreute Auftreten der Krankheitserscheinungen und ihr schnelles Verschwinden nach dem Aussetzen des Medikaments machen es wahrscheinlich, daß es sich um eine gangränöse Form der Bromvergiftung gehandelt hat.

J. Meyer-Lübeck.

Zur Kenntnis der Erkrankungen des Nervensystems nach Kohlenoxydvergiftung.

Von Dr. E. Knecht-Dresden.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1904. Nr. 34. S. 1242.)

Verfasser berichtet über zwei Fälle von Kohlenoxydvergiftung, die durch die schwere Erkrankung des Zentralnervensystems und namentlich durch das in diesem Zusammenhang seltene Auftreten aphasischer Störungen interessieren.

Im ersten Fall handelt es sich um einen 30jährigen Zimmermann, der in einem mittelgroßen neugebauten Fabrikraum gearbeitet hatte, worin wochenlang bei mangelhafter Ventilation zwei bis drei Koksöfen in Brand gewesen waren. Patient war sonst gesund gewesen, hatte indessen vor 6 Jahren eine syphilitische Erkrankung durchgemacht. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus war Patient noch fast bewußtlos und zeigte eine Lähmung des rechten Arms und des rechten Beins. Nach einigen Tagen kehrte das Bewußtsein völlig wieder, die Lähmung blieb bestehen und es zeigte sich, daß Patient aphasisch war und zwar nach dem Typus der motorischen Aphasie. Nach und nach wurde das rechte Bein besser, der Arm blieb dagegen gelähmt und die Aphasie blieb bestehen. Zweifellos war hier ein Erkrankungsherd in der linken Großhirnhemisphäre anzunehmen, wobei es unentschieden bleiben muß, ob die luetische Infektion schon Störungen an den Gehirngefäßen verursacht und dadurch den Boden für die Einwirkung des Kohlenoxyds vorbereitet hat.

Der zweite Fall betraf eine 56jährige Frau, die sich durch Schließen der Ofenklappen eine Kohlenoxydvergiftung zugezogen hatte. Bei der Aufnahme in das Krankenhaus, wenige Stunden nach ihrer Auffindung, zeigte sie Cyanose und Oedem an beiden Händen und am rechten Knie, Tags darauf auch an den Unterarmen, später ergriff die Schwellung noch den rechten Oberarm und das ganze rechte Bein. Am Tage nach der Aufnahme traten pemphigusartige Blasen mit serösem Inhalt bis Taubeneigröße an den Unterarmen und Händen und am rechten Knie und in weiteren zwei Tagen Rötung und Blasenbildung auch an der rechten Schulter sowie Paraesthesien an den Händen auf. Am rechten Unterarm standen die Blasen in zwei Längsstreifen geordnet in hohem Grade an die Anordnung der Zostereruptionen erinnernd. Als Ursache dieser Erscheinungen speziell der Hautaffektionen am Unterarm sind wohl neuritische Prozesse anzunehmen. Ferner zeigte sich bei der Kranken am dritten Tage eine vorübergehende Aphasie und eine Hemiparese der ganzen rechten Körperhälfte, so daß auch hier wohl mit Sicherheit ein Erkrankungsherd in der linken Hemisphäre des Großhirns anzunehmen ist.

J. Meyer-Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 33. Kongress.

(Zentralbl. f. Chir. 1904 No. 27.)

Aus der Fülle des Materials greifen wir einige Punkte heraus, die für die Leser dieser Zeitschrift von besonderem Interesse sein dürften.

Kausch hat in elf Fällen nach Verletzungen transitorische ephemere Glykosurie beobachtet. Sie dauerte 1—8, durchschnittlich 3 Tage. Der Zuckergehalt war im Durchschnitt 0,5 Prozent und stieg nie über 1 Proz. Es handelte sich fast stets um Verletzte, deren Stoffwechsel sonst normal war; denn nur in einem Falle fand sich auch später eine Glykosuria e saccharo. Wahrscheinlich bedingt nur die psychische Erregung den Zuckergehalt des Harns.

Fritz König sprach über Knochennaht bei subkutanen Frakturen. Abgesehen von den Frakturen des Olecranon und der Patella hat er sie auch da ausgeführt, wo abgesprengte Teile, wie der Epicondylus humeri, sich einklemmten oder so verdrehen, daß sie sich nicht glatt anlagern; das ist z. B. am Condylus ext. humeri eine typische Verletzung. Weiter hat er die Knochen bei Fraktur mit Luxation und bei mehreren Brüchen an derselben Extremität genäht, ferner auch bei intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur, die an sich wegen der ungünstigen Ernährung des abgesprengten Kopfes leicht zur Pseudarthrose führt. Er hat die Naht im allgemeinen am Ende der ersten Woche und nach Kontrolle durch das Röntgenbild angelegt und keine Mißerfolge gehabt.

Bardenheuer will statt der Knochennaht überall sein Extensionsverfahren angewandt wissen, und Bier macht darauf aufmerksam, daß genähte Knochen weniger gut zusammenheilen, wahrscheinlich wegen des fehlenden Blutergusses. In das gleiche Gebiet gehört noch der Vortrag von Bardenheuer über Behandlung der Frakturen und Luxationen im Gebiete des Schultergelenkes mittels Extension senkrecht nach oben. All diese Verletzungen: Frakturen im oberen Teil des Humerus, Luxationen des Humerus sowie der Clavicula, Frakturen der Clavicula behandelt Bardenheuer mit geringen Modifikationen auf dieselbe Art. Der Arm wird senkrecht nach oben extendirt, parallel der Median- und Frontalebene. Möglichst frühzeitig wird mit Bewegungen begonnen. Die erhaltenen Resultate waren vorzüglich; speziell wurde, was das Wichtigste ist, die Versteifung des Gelenkes besser als bei irgend einer anderen Methode verhindert.

Mangoldt stellte zwei zehnjährige Knaben vor, bei denen er die Uebertragung ungestielter Periost-Knochenlappen zur Heilung von Pseudarthrosen und Knochenlücken vorgenommen hatte. Im einen Fall wurde eine Pseudarthrose der Tibia mit Totalnekrose der Diaphyse, im andern Falle eine grosse Knochenhöhle im unteren Femurende, beide durch Osteomyelitis entstanden, dadurch zur Heilung gebracht, daß aus der Vorder- und Innenfläche der gesunden Tibia ein Periostlappen mit einer dünnen Knochenschicht übertragen wurde. Im ersten Fall konnte der Knabe nach dreiviertel Jahren wieder allein auf dem Bein stehen, im zweiten erfolgte völlige Heilung unter normaler Form des Knochens. Die Methode empfiehlt sich besonders bei jugendlichen Individuen. Von anderer Seite wird mehrfach betont, daß man auch toten, ausgekochten Knochen verwenden könne.

Madelung sprach über Verletzungen der Hypophysis. Einem 9 jährigen Mädchen drang die Kugel eines Flobertgewehres in den Kopf. Neben totaler Amaurose des rechten Auges entwickelte sich eine enorme Adipositas generalis, die das Gesicht des Kindes auf das Doppelte des Normalen brachte. Die Bestimmung des Weges, den die Kugel genommen hatte, sowie daß Röntgenbild machten es sehr wahrscheinlich, daß die Hypophysis selbst geschädigt war. Sicher ist ihre Umgebung verändert worden.

Borchard hat psychische Störungen bei einem Hirnabszeß beobachtet, die ein 8 jähriges durch Hufschlag an der Stirn verletztes Mädchen betrafen. Erst $^3/_4$ Jahre nach der Verletzung, als sich ein Abszeß im Stirnhirn entwickelte, traten die psychischen Störungen auf, die in läppischem Wesen und sexuellen Cynismen bestanden. Diese Störungen sind nicht als Ausfalls-, sondern als Reizerscheinungen zu deuten, denn man vermißt sie auch bei großen Defekten, wenn nur keine entzündlichen Veränderungen eintreten. Im vorliegenden Falle gingen sie denn auch nach Eröffnung des Abszesses zurück. Friedrich hat ähnliche Störungen bei einem Tumor des Stirnhirns gesehen, die nach Entfernung der Geschwulst verschwanden.

Samter demonstrierte einen Kranken, bei dem er die blutige Reposition der veralteten irreponiblen Kiefergelenksverrenkung mit bestem Erfolg ausgeführt hatte. Die Verletzung lag ein Jahr zurück. Die Schwierigkeit in diesen Fällen liegt in der Wachstumsverkürzung und veränderten Zugrichtung des Masseter und des Pterygoideus internus, die bei der Luxation aus der schrägen in die grade Richtung übergehen. Man muß sie vom Kieferwinkel subperiostal ablösen und kann dann die Luxation leicht beseitigen.

Neugebauer, zur Chirurgie des Zwerchfelles. Ein operierter Kranker, bei dem die Verletzung sich durch Vorfall der Magenschleimhaut durch die Thoraxwunde kenntlich gemacht hatte, wurde geheilt. In einem zweiten Falle wurde die Verletzung nicht erkannt, weil anfangs alle Erscheinungen fehlten. Tod nach $2^1/_2$ Jahren an incarcerirter Zwerchfellhernie. Da bei perforierenden Verletzungen des unteren Thoraxabschnittes Zwerchfellverletzungen durchaus nicht so selten sind, müssen sie wie Bauchverletzungen in jedem Fall mit Probelaparotomie behandelt werden, damit das ganze Zwerchfell abgetastet werden kann. Findet sich eine Verletzung, so ist sie sofort zu nähen, und zwar transpleural.

Brentano demonstrierte ein Präparat von Schußverletzung der Aorta, das dadurch werkwürdig war, daß der Verletzte noch 7 Tage gelebt hatte. Er kam mit einer kaum blutenden Schußwunde im 9. linken Intercostalraum ins Krankenhaus. 2 Stunden nach der Verletzung Laparotomie; es wurde keine Organverletzung gefunden, sondern nur ein kleines retroperitoneales Hämatom in der Gegend der linken Nieren und etwas Blut in der freien Bauchhöhle. Am 7. Tage erfolgte plötzlicher Exitus, als Patient sich im Bett aufrichtete. Die Sektion ergab große Blutmengen in der Bauchhöhle, in der Bursa omentalis, im retriperitonealen Fettgewebe und im hinteren Mediastinum. Die Aorta war dicht oberhalb der Abgangsstelle der beiden Nierenasterien im ganzen Durchmesser durch eine 7 mm Revolverkugel doppelt durchbohrt. Wahrscheinlich war es infolge des initialen Shoks und des völlig retriperitonealen Verlaufes der Verletzung anfänglich nicht zu einer starken Blutung gekommen. Allmählich entwickelte sich ein Hämatom, das dann bei einer brüsken Bewegung platzte.

Riese hat einen Kranken mit ausgedehnter Schußverletzung des Unterleibes (Magen-, Leber-, Nieren-, Milzschuß) durch frühzeitiges Operieren (3 Stunden nach der Verletzung) gerettet, obwohl ein subphrenischer Abszeß die Heilung erschwerte. Auch andere Bauchverletzungen, die Riese in den ersten 3 bis 7 Stunden nach der Verletzung operieren konnte, sind sämtlich geheilt.

Ferner sprach Riese noch über das Schicksal der in der Bauchhöhle zurückgelassenen Kompressen. Er hat zwei Fälle operiert, beidemal mit günstigem Ausgang. Im einen Fall war die Kompresse in den Darm durchgebrochen und hatte zu Ileus geführt; im andern Fall wurde bei einer Ovariotomie 4 Jahre nach einer Laparatomie gegen Tubargravidität eine Mesenterialcyste aus dem Mesosigmoideum entfernt, die eine eingekapselte Kompresse enthielt. Andere Ausgänge des Unglücksfalles sind Peritonitis oder Ausstoßung der Kompresse nach Bildung eines Bauchwand- oder Douglas-Abszesses.

Zur Pathogenese subkutaner Darmrupturen bemerkt Runge, daß solche Rupturen infolge von Quetschung, Abriß durch Zug oder von Berstung entsteheu können. Die letztere Art kann nur zu stande kommen, wenn eine zirkumskripte Gewalt auf einen stark gefüllten Darmteil trifft, der nach beiden Seiten (durch Knickung, Adhäsionen etc.) so fest abgeschlossen ist, daß der Darminhalt nicht ausweichen kann. Runge berichtet über zwei Fälle, aus denen hervorgeht, daß für solche Berstungs-

rupturen bestehende Leistenbrüche eine Prädisposition schaffen können. Durch die Gewalteinwirkung wird ein Stück Darm fest in den Bruchsack eingepreßt und nun zum Bersten gebracht. In dem einen Fall ging das besonders deutlich aus einer Druckmarke am Darm hervor, deren Durchmesser mit dem der rechten Bruchpforte genau übereinstimmte.

Fertig und Graser berichten über Leberverletzungen. In dem Fertig'schen Fall war ein Arbeiter von einem Pferde gewaltsam mit dem Bauche gegen eine scharfe Türkante gedrückt worden. Icterus, Diarrhoe, entfärbter Stuhlgang, starke Abmagerung. Die Operation, 19 Tage nach dem Eingriff vorgenommen, zeigte, daß die vorher durch Punktion in der Bauchhöhle nachgewiesenen reichlichen Galle-Mengen nicht aus den abführenden Gallenwegen ergossen wurden, sondern aus einem langen Einriß an der konvexen Oberfläche stammten. Sie füllten eine enorme subphrenische Höhle. Erst nachdem längere Zeit nach der Operation ein großer Lebersequester ausgestoßen war, kam es zu schneller Heilung. Immerhin zeigte sich auch in diesem Falle die relative Unschädlichkeit der normalen Galle. — Der Fall von Graser ist dadurch sehr merkwürdig, daß sich die Folgen der Leberverletzung erst lange Zeit nach der Operation bemerkbar machten. Patient war von einem Heuboden 5 m tief auf einen Bretterboden gestürzt, hatte eine Schädelwunde und war bewußtlos. Quetschungserscheinungen von Seiten des Abdomen waren nicht aufgetreten. Erst $^3/_4$ Jahre später traten Magenbeschwerden auf, dann fand sich ein großer Tumor im linken Hypochondrium, der von der Leber nicht scharf abzugrenzen war, und als $1^1/_2$ Jahre nach der Verletzung operiert wurde, entleerten sich erst mehrere Liter Eiter und dann nebst vielen Fetzen drei große Lebersequester, darunter einer von Faustgröße. Heilung. Graser hält für kaum zweifelhaft, daß die Leberstücke schon bei dem Sturz abgetrennt wurden.

Unter mehreren Fällen von Pankreatitis, über die Bardenheuer berichtet, hat einer forensisches Interesse. Ein 40jähriger Mann fällt am 23. Dezemben 1903 mit dem rechten Hypochondrium auf einen Balken. Er hatte kaum Schmerzen, arbeitete noch bis zum 2. 1. 04. Erst allmählich traten Schmerzen im rechten Hypochondrium und der Magengegend auf, dann starke Abmagerung, Erbrechen, Abführen u. s. w. Am 11. März fand sich bei der Probelaparatomie der Magen dilatirt, das Kolon mit dem Pankreaskopf besonders stark verwachsen; letzterer war stark vergrößert, sehr blutreich, das übrige Pankreas atrophisch. Gastroenterostomie, Heilung.

Ein Unikum stellt die Demonstration eines Präparates von horizontaler Luxation der Patella durch Küstner dar. Eine 64jährige Frau fällt vom Wagen und schlägt mit dem Knie auf die Wagennabe auf. Es fand sich eine unbedeutende Subluxation des Unterschenkels nach hinten außen mit großer ins Gelenk penetrirender Rißwunde; Patella nicht zu fühlen. Eiterung, Amputation des Oberschenkels. Am Präparat sieht man, daß die äußeren Kondylen von Tibia und Femur dislocirt und gleichzeitig die Kniescheibe um ihre transversale Achse gedreht ist. Das Merkwürdigste ist, daß dabei der Kniestreckapparat nicht zerrissen war. Die Quadricepssehne liegt ganz nach außen und etwas hinten vom Femur, die Gelenkfläche der Patella sieht gegen die Tibia hin, ihr Ligament ist intakt, dagegen sind die Seiten- und Kreuzbänder des Kniegelenkes zerrissen.

Riedel, über die Catgutnaht bei frischer und bei veralteter Patellafraktur. Riedel hält die Naht, die er mit sterilisiertem Catgut ausführt, nur dann für nötig, wenn der Bruch dicht oberhalb des Apex sitzt, da dann der Quadriceps gar nicht mehr funktioniert. Bei den Frakturen im mittleren und oberen Teil genügt Bardenheuer'sche Extension, weil dann die seitlich an die Patella ansetzenden Fasern noch eine Streckung ermöglichen. Bei veralteter Luxation muß vor der Naht das Gelenk durch zwei ca. 3—4 cm von der Patella entfernte Längsschnitte eröffnet werden. Lehfeldt.

Tagesgeschichte.

Invalidenheime.

Die Landesversicherungsanstalt der Rheinprovinz betont in ihrem Geschäftsbericht für 1903 die Notwendigkeit, Heimstätten zum dauernden Aufenthalt für invalide Arbeiter zu schaffen. Die Handhabe dafür gewährt den Versicherungsanstalten § 25 des Invalidenversicherungsgesetzes, wonach auf Grund statutarischer Bestimmung der Vorstand einem Rentenempfänger auf seinen Antrag an Stelle der Rente Aufnahme in ein Invalidenhaus oder in ähnliche . . . Anstalten auf Kosten der Versicherungsanstalt gewähren kann.

Als besonders wesentlich wird zunächst die Heimstättenanlage für Lungenkranke bezeichnet, da hier mit der Entfernung der Tuberkulösen aus der Familie und aus den engen häuslichen Verhältnissen überhaupt ein Infektionsherd unterdrückt wird. Bisher besitzen Berlin und die Hansestädte eigne Anstalten dieser Art, Westfalen bringt tuberkulöse Invalide in bestehenden Anstalten Dritter unter. Aber von 400 westfälischen Invaliden, denen Aufnahme angeboten wurde, nahmen nur 12 sie an. Der rheinländische Bericht spricht die Befürchtung aus, daß bei Schaffung von eignen Heimstätten die Abneigung der Rentner gegen die Unterbringung noch größer sein wird.

Von Invaliden andrer Art sollen hauptsächlich die alleinstehenden hilflos Siechen, ferner diejenigen, welche einer über das Maß des in der Familie Tunlichen hinausgehenden Pflege bedürfen, berücksichtigt werden. Das Rheinland verfügt hier über eine ausreichende Zahl von Betten in ländlichen Pflegehäusern der religiösen Gemeinden, deren Tätigkeit auf diesem Gebiete in der Rheinprovinz bekanntlich in hoher Blüte steht.

Die Kostenlast kann die Landesversicherungsanstalt in vielen Fällen nicht ganz tragen. Von dem Ueberschuß über die Höhe der Rente übernimmt sie dann in der Regel die Hälfte, während der Rentenempfänger, dessen unterstützungspflichtige Angehörige oder der Armenverband die andre leisten.

Oesterreichische Unfallstatistik.

In der „Sozialen Praxis“ bespricht Regierungsrat Kögler-Wien die kürzlich erschienene Unfallstatistik für die Jahre 1897 bis 1901 und bringt dabei Einzelheiten, die auch unsre Leser interessieren werden.

Die Zahl der versicherten Betriebe betrug Ende Mai 1901 382 783, die der Vollarbeiter 6 189 019 mit einem Gesamtlohn von 4 463 220 900 Kronen. In der Berichtszeit kamen 96 358 entschädigte Unfälle vor, 3918 tötliche, 56 293 mit vorübergehender, 36 147 mit dauernder Erwerbsminderung. Kopf und Gesicht waren 3042, die Augen 3591, die unteren Gliedmaßen 19 441, die Finger 22 705, Arme und Hände 10 916, andre oder mehrere Körperteile 10 331 mal verletzt. 1656 mal fanden innere Verletzungen, 3 484 mal Verbrennungen, Verbrühungen und Aetzungen, 215 mal Erstickung, 136 mal Ertrinken, 115 mal Erfrierung, Blitzschlag oder dergleichen statt. 461 Leistenbrüche wurden als Unfallfolgen anerkannt.

Als Gelegenheit zur Verunglückung kam in verhältnismäßig hohem Maße der Gebrauch von Handwerkszeug, der Zusammenbruch von Treppen, Leitern und Gerüsten sowie der Sturz aus der Höhe, verhältnismäßig weniger das Hineingeraten in Maschinen in betracht.

Kögler bespricht im Anschluß an diese auffallende Tatsache die Notwendigkeit, nicht bloß gute Schutzvorrichtungen an den Maschinen anzubringen und Betrunkenen den Zutritt zu versagen, sondern auch in der Auswahl der zur Maschinenarbeit zuzulassenden Personen vorsichtiger zu sein als bis jetzt: Auszuschließen seien bei besonders gefährlichen Arbeiten Frauen, jugendliche Hilfsarbeiter, Fallsüchtige, Schwerhörige, Gebrechliche, Gewohnheitstrinker und Abkömmlinge von Trinkern (ne quid nimis! Red.). Ferner sei während der Arbeit Alkoholgenuß streng zu untersagen, der Freitrunk in den Brauereien müsse aufhören. In gefährlichen Betrieben sollte der Einstellung des Arbeiters eine ärztliche Untersuchung vorausgehen, bei der nicht bloß auf Leistenbrüche gefahndet, sondern die ganze Persönlichkeit berücksichtigt, namentlich auf Zeichen des Alkoholismus geachtet werden solle. In der Statistik sei mehr Wert als bisher auf die inneren, in den Arbeitern zu suchenden Ursachen der Unfälle zu legen, so auf den Einfluß des Alkoholgenusses, der allgemeinen wirtschaftlichen Lage, der Nachtarbeit, der Frauen- und Kinderarbeit.

Goldene Worte, die wir, mit Ausnahme des über „Abkömmlinge von Trinkern" Gesagten, aus voller Ueberzeugung mitunterschreiben.

Honorare für Unfallgutachten.

Der Beschluß der Mecklenburger Aerzte, für Unfallgutachten in Zukunft je 9 Mk. zu liquidieren, ist auf dem Wege des Kompromisses mit dem Vorstand der Mecklenburg-Strelitzischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft dahin geändert worden: es seien für erste Gutachten mindestens 9, für jedes folgende in derselben Sache mindestens 6 Mk. zu fordern. Die Berufsgenossenschaft weist in ihrem Bericht auf die Verhältnisse in andern Landesteilen hin, die ganz nennenswert sind. So zahlt z. B. Schleswig-Holstein für erste Gutachten zwar 10 Mk., für alle folgenden aber (die der Zahl nach überwiegen!) nur je 5 Mk.; Hessen-Nassau für erste Gutachten (die sich aus einem sofort nach Uebernahme der Behandlung zu erstattenden Befundbericht und einem bei Ablauf der dreizehnten Woche abzugebenden Schlußgutachten zusammensetzen) 6 + 3 = 9 Mk., für alle weiteren Gutachten in derselben Sache aber nur je 3 Mk.; Weimar, und überhaupt die Thüringschen Staaten sogar nur 6 bezw. 5 Mk. Brandenburg mit seinen 5 und 4 Mk. scheint an der Spitze nach unten zu stehen.

Im ganzen ergibt sich aus obiger Zusammenstellung, daß die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften mehr auf den Preis als auf den Wert der ärztlichen Gutachten zu achten scheinen. Der „Billigkeit" entspricht ein recht kurz gehaltenes Formular — wie soll man für 5 oder 6 Mk. ein ausführliches Gutachten mit Untersuchung von Kopf bis Fuß ausstellen! —, und die Berufsgenossenschaften oder die Unfallverletzten haben den Schaden.

Milchverfälschung.

Folgenden bemerkenswerten Fall teilt in der Zeitschrift für Fleisch- nnd Milchhygiene Dr. Stödter-Hamburg mit:

Zwei kleine Kinder einer Frau in Hamburg bekamen vor einiger Zeit Durchfall und Krämpfe. Der hinzugerufene Arzt stellte fest, daß die Kinder nach dem Genusse von Milch erkrankt seien. Darauf veranlaßte der Arzt, daß ein noch vorhandener Rest der Milch in dem Chemischen Staatslaboratorium untersucht wurde. Es wurde festgestellt, daß die Milch einen hohen Wassergehalt habe, und daß man ihr, um ihr das gelbliche Aussehen der Vollmilch zu geben, Zuckercouleur zugesetzt hatte. Darauf wurde eine Untersuchung gegen den Milchhändler, der die Milch geliefert hatte, eingeleitet, und es wurde konstatiert, daß sein Bruder, der bei ihm als Knecht tätig ist, ihm Beihilfe geleistet hat und daß sein Dienstmädchen die Zuckercouleur auf die Anordnung des Milchhändlers von einem Drogisten geholt hat. Alle drei Personen wurden daher auf Grund des Nahrungsmittelgesetzes angeklagt. Der Händler gibt die Verfälschung zu, behauptet aber, daß er seine Pantschereien nur dann vorgenommen habe, wenn er nicht genügend Milch oder Rahm gehabt habe, um der Nachfrage seiner Kundschaft entsprechen zu können. Durch die Beweisaufnahme wird jedoch festgestellt, daß er täglich sein Milchquantum in der angegebenen Weise vergrößert und verfälscht hat. Das Gericht verurteilt den Angeklagten, der außerdem schon vorbestraft ist, zu einer Gefängnisstrafe von einem Monat und verfügt mit der Begründung, daß das Publikum einen Anspruch darauf habe, daß solche Urteile bekannt werden, die Veröffentlichung des Urteilstenors auf Kosten des Angeklagten in dem „Hamburger Fremdenblatt". Der Knecht wird zu einer Geldstrafe von 10 Mk. oder einer zweitägigen Gefängnisstrafe verurteilt. Dagegen spricht das Gericht das Dienstmädchen frei; denn dieses hat nur die Kouleur auf Befehl des Herrn geholt, ohne sich an der Fälschung zu beteiligen.

Der **22. Kongress für innere Medizin** findet vom 12. bis 15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: **Ueber Vererbung.** 1. Referat: Ueber den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena), 2. Referat: Ueber die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Vorträge haben angemeldet: Herr A. Hoffmann (Düsseldorf): Ueber Behandlung der Leukämie mit Röntgenstrahlen; Herr Paul Krause (Breslau): Ueber Röntgenstrahlenbehandlung der Leukämie und Pseudoleukämie; Herr Schütz (Wiesbaden): Untersuchungen über die Schleimsekretion des Darmes; Herr M. Matthes (Jena): Ueber Autolyse; Herr Clemm (Darmstadt): Ueber die Bedeutung der Heftpflasterstützverbände für die Behandlung der Bauchorgane.

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Berichtigung.

In dem Bericht über die Ausschußsitzung des Verbandes deutscher Bahnärzte in Metz 15. Oktober 1904 No. 20 muß es Seite 3, Spalte 1, Zeile 24 lauten:

„Herr Zeitlmann-München berichtet in Kürze, welchen Verlauf die Bewegung zur Einführung der freien Arztwahl bei der Eisenbahn- und Postkrankenkasse in Bayern genommen hat, und teilt mit, daß sowohl die acht bayerischen Aerztekammern als auch einzelne ärztliche Bezirksvereine an die zuständigen Ministerien die Bitte gerichtet haben, in Zukunft bei allen Staatskassen die freie Arztwahl in Aussicht zu nehmen."

Die Aufnahme dieser Berichtigung war bereits für die erste Dezembernummer bestimmt und ist damals zu unserm Bedauern versehentlich unterblieben.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. – Verlag und Eigentum von Richard Schoetz in Berlin.
Druck der Buchdruckerei Gustav Schenck Nachflg., P. M. Weber, Berlin SW. 13.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 3. Ausgegeben am 1. Februar.

Inhalt:

Die hygienische Mitwirkung der Ärzte bei Ausführung der deutschen sozialpolitischen Gesetzgebung.

Von

Dr. Oscar Schwartz,

Geh. Medizinal-Rat in Köln.

Nachdem der G. M.-R. Dr. E. Roth in ausführlichen Abhandlungen über die Mitwirkung des Kreisarztes auf dem Gebiete der Gewerbehygiene und die Aufgaben der praktischen Gewerbehygiene (ärztl. Sachverständigen-Zeitung 1902 Nr. 4, 5, 1904. Nr. 24) unter anderem die Forderung gestellt hat, daß die vorgeschriebene Revision der gewerblichen Anlagen durch die staatlichen Gewerbe-Inspektoren und Kreisärzte nicht nur unter Hinzuziehung von der Fabrikleitung abhängiger sog. Fabrikärzte, sondern auch von den für die allgemeine Behandlung der erkrankten Arbeiter von den Krankenkassenvorständen angestellten Ärzten ausgeführt werden möge, kann ich im Interesse der Arbeiterhygiene die obige Forderung auf Grund langjähriger Erfahrung als ehemaliger Krankenkassenarzt und Sanitätsbeamter in industriellen Bezirken nur dringendst befürworten. Schon in meinem am 18. September 1884 in der allgemeinen Sitzung der deutschen Naturforscher-Versammlung zu Magdeburg gehaltenen Vortrag: „Die Stellung der Hygiene zur allgemeinen praktischen Heilkunde“, erlaubte ich mir zur Sache wörtlich folgendes anzuführen:

Die sogenannte Gewerbehygiene, hauptsächlich durch ärztliche Arbeiten in neuester Zeit begründet, wird auch in Zukunft nur weiter gefördert werden können, wenn sich die in den verschiedenen Gewerbebetrieben angestellten Ärzte mehr, wie bisher, an der Mitarbeit beteiligen und vermöge ihrer Stellung zu den Krankenkassen den hygienischen Verhältnissen größere Aufmerksamkeit zuwenden, namentlich durch geregelte Präventiv-Revisionen des Arbeiterpersonals, der Schutzmaßregeln und der häuslichen Verhältnisse der Arbeiter.

Wenn es niemals im Interesse irgendeines gewerblichen Betriebes liegen kann, Krüppel und Schwindsüchtige zu produzieren und die Kommune mit Witwen und Waisen zu überlasten, sondern erfahrungsgemäß diejenigen Industriellen die besten Fabrikate liefern, die sich einen gesunden und leistungsfähigen Arbeiterstand erhalten, so müssen allen einsichtsvollen Arbeitgebern die im praktischen Krankendienst gewonnenen Erfahrungen der Kassenärzte die wichtigsten Winke für das Gesundheitswohl ihrer Arbeiter geben können. Auch den staatlichen Aufsichtsbehörden werden die auf selbständige Beobachtung gestützten Angaben zuverlässiger Ärzte die geeigneten Anhaltspunkte bieten, um vergebliche, durch den betreffenden Gewerbebetrieb herbeigeführte Gesundheitsbeschädigungen der Arbeiter und Adjazenten nicht nach theoretischen Vereinssitzungen, sondern praktischen Erfahrungen zu beurteilen. Ebenso wird der wohl-

tätige Einfluß, welchen das neue deutsche Krankenkassengesetz auf das soziale Wohl der Arbeiterbevölkerung auszuüben bestimmt ist, erst dann eintreten können, wenn auch den beteiligten Ärzten eine angemessene würdige Stellung angewiesen und eine hygienische Wirksamkeit ermöglicht wird.“ Ich gestatte mir auch, mich zu beziehen auf meinen Aufsatz in Nr. 17 der Münchener med. Wochenschrift 1902: „Die ärztliche Krankenbehandlung in der Familie unter Bezugnahme auf das deutsche Krankenkassengesetz“ und eine Abhandlung des Prof. Nothnagel „Die Therapie der Gegenwart“, Zeitschr. Medico 1902 Nr. 2.

Schon seit mehr wie 20 Jahren werden die deutschen Ärzte nach abgelegter Prüfung in der allgemeinen Naturkunde: Physik, Chemie, Mineralogie und Botanik, auch in der Hygiene, einschließlich Gewerbehygiene geprüft, pflegten auch durchgehends sich oft jahrelang als Volontär oder Assistenzärzte in größeren oberärztlich geleiteten Krankenanstalten zu beschäftigen, ehe sie sich nach erlangter staatlicher Approbation als selbständige Ärzte niederließen und um Krankenkassenstellen sich bewarben. Seit vorigem Jahre ist nun auch das sog. praktische Jahr zur Fortbildung in größeren Krankenanstalten vor Erteilung der staatlichen Approbation zur freien Niederlassung im deutschen Reiche vorgeschrieben.

Wo also derartig bezüglich ihrer technischen und sittlichen Zuverlässigkeit geprüfte Ärzte den Krankenkassenvorständen zur Verfügung stehen, ist die Anstellung und Mitwirkung besonderer von den Fabrikinhabern zu besoldender und abhängiger Fabrikärzte für die gewerblichen Anlagen mit Bleifarben und Bleiprodukten, Quecksilberbelegen, Phosphorzündhölzer usw., bei welchen Anlagen die Führung besonderer Kontrollbücher vorgeschrieben ist, entbehrlich. Schon seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts wurde in den Lehrbüchern für spezielle Pathologie und Therapie, sowie für Gesundheitspolizei, auch in der Eulenburgschen Enzyklopädie der gesamten Heilkunde (Artikel: Arbeiterhygiene) alle in Fabrik- und Handwerksbetrieben vorkommenden Vergiftungen bezüglich Erkenntnis und Hilfeleistung ausführlich behandelt. Vor kurzem ist auch im Verlage von Richard Schoetz ein vom G. M.-R. Dr. E. Roth verfaßtes Kompendium der Gewerbekrankheiten erschienen, welches besonders den Krankenkassenärzten empfohlen werden kann, weil dasselbe neben den wichtigsten im Gewerbebetriebe vorkommenden Erfahrungs-Tatsachen, auch die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen enthält, und bei strittigen Fragen zu weiteren eigenen Beobachtungen anregt.

Das in den Rothschen vorgenannten Abhandlungen empfohlene kollegialische Zusammenwirken der Kreisärzte mit den Krankenkassenärzten ist durch das neue preußische Kreisarztgesetz, welches die Kreisärzte mit höherem pensionsberechtigten Gehalt, Bureaukosten-Aversum und entsprechender Dienst-Instruktion versehen hat, wesentlich erleichtert, da die Kreisärzte durch die Revision der Apotheken und Droguerien, der Schulen und Krankenanstalten, öffentlichen Impfungen und der Gewerbebetriebe so sehr in Anspruch genommen sind, daß sie um besoldete Krankenarztstellen mit den nicht beamteten Ärzten nicht mehr wie früher, ohne besondere Erlaubnis der Regierungspräsidenten konkurrieren dürfen. Ohne bereitwillige Mitwirkung der nicht beamteten Ärzte, der Haus-, Armen- und Krankenkassenärzte mit den Kreisärzten kann der Kampf der im Gewerbebetriebe entstehenden Krankheiten ebenso wenig erfolgreich geführt werden, wie gegen die gemeingefährlichen epidemischen Krankheiten, da alles abhängt von der Erkenntnis und sofortigen entsprechenden Behandlung der ersten Erkrankungsfälle, namentlich deren rechtzeitiger Isolierung und Desinfektion. Bei Begutachtung der im Gewerbebetrieb durch Unfall Verletzter bezüglich des Grades der eingetretenen Erwerbsunfähigkeit hängt das Gutachten beim hiesigen Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt ab von dem Attest des zuerst hinzugezogenen Kassenarztes und dessen Verständigung mit den beim Schiedsgerichtsverfahren mitwirkenden beamteten Ärzten. Ich kann mich mit der von dem G. M. R. Dr. L. Becker in der ärztl. Sachverst. Zeitung No. 24 04 vertretenen Ansicht über die Begutachtung Unfallverletzter nur einverstanden erklären, daß die vom Verletzten vorgebrachten subjektiven Beschwerden nur dann als simulierte angenommen werden sollten, wenn dieselben einem positiven Befunde direkt widersprechen oder in direktem Widerspruch stehen mit der allgemeinen ärztlichen Erfahrung über die Folgen der geschehenen Verletzung.

Nach den Berichten der Gewerbeinspektoren pro 1903, welche den Abgeordneten der preuß. Kammer mitgeteilt wurden (conf. Arbeiterwohl, redig. von Prof. Dr. Hitze, 24. Jahrg. Heft 10 bis 12), wurde während der Jahre 1903 in Preußen von 73979 revisionspflichtigen Betrieben nur 5056 revidiert, d. h. 6,71% und hat also eine durchaus ungenügende Beaufsichtigung stattgefunden. Dazu kommt, daß die hygienische Revision der Arbeitslokale und der Schutzvorrichtungen mit Zeitaufwand verbundener physikalischer und chemischer Untersuchungen bedarf und auch einer Nachrevision, wenn erhebliche nachgewiesene Mängel nicht am Revisionstage können beseitigt werden.

Obgleich eine irgend zuverlässige Statistik über die in den verschiedenen Gewerbebetrieben vorkommenden Krankheiten und Todesursachen der Arbeiter meines Wissens nach nicht vorliegt und auch nur unter Hinzuziehung der behandelnden Ärzte geschaffen werden kann, so wird doch in dem bereits angeführten Artikel der Eulenburgschen Enzyklopädie sowohl in England wie in Deutschland eine ganz ungewöhnlich erhöhte Sterblichkeitsziffer und abgekürzte Lebensdauer der Fabrikarbeiter und Fabrikarbeiterinnen im Vergleich zu der übrigen Bevölkerung nachgewiesen. Die hygienische Sektion der deutschen Naturforscher-Versammlung in Straßburg stellte schon am 17. September 1885 auf ihre Tagesordnung „Die Überbürdung der Arbeiterinnen und Kinder in Fabriken“ und bestimmte den im Fabrikbetriebe besonders erfahrenen Medizinalrat Dr. Köttnitz als Referenten, den schweizerischen Gewerbe-Inspektor, ehemaligen Krankenkassenarzt Dr. Schuler und mich zu Korreferenten. Ich sprach mich damals aus für den Ausschluß verheirateter Frauen von der Beschäftigung in Fabriken, weil die Frau unbedingt notwendig sei zur gesundheitsgemäßen Pflege ihres Mannes und unmündiger Kinder sowie zur Aufrechthaltung des Familienverbandes, der sichersten Stütze jedes geordneten Staatswesens im Kriege und im Frieden. Ich konnte mich beziehen auf den von mir besichtigten Fabrikbetrieb des Herrn Fr. Brandt in M.-Gladbach, der sich auch im letzten internationalen Kongreß für Sozialreform entschieden für den Ausschluß verheirateter Frauen von der Beschäftigung in Fabriken aussprach. Daß die Arbeiter, welche eine wohnliche, von der Frau in gutem Betriebe erhaltene Häuslichkeit, namentlich reinlich und luftig erhaltener Wohn- und Schlafräume, entbehren müssen, der Schnapskneipe verfallen und dadurch zu Erkrankungen und Abkürzung ihrer normalen Lebensdauer beitragen, entspricht ja der allgemeinen täglichen Erfahrung. — Schließlich kann ich als unbeteiligter ärztlicher Veteran nur die Hoffnung aussprechen, daß auf Grund der vorliegenden Erfahrungen möglichst bald eine gründliche Revision der deutschen sozialpolitischen Gesetzgebung stattfinden möge nicht nur im Interesse des Gesundheitswohls von nahezu 10 Millionen Arbeitern mit ihren Familien, sondern auch im Interesse der deutschen Ärzte, die in langjähriger Unterrichts- und Prüfungszeit ihr Vermögen aufgeopfert haben und vorzugsweise auf eine standesgemäße entsprechend lohnende Tätigkeit in der Arbeiter-Bevölkerung angewiesen sind.

Begutachtung eines Falles von periodischer Geistesstörung in Invalidenrenten-Sachen.

Von Dr. Sioli,
Direktor der Städtischen Irrenanstalt zu Frankfurt a. Main.

Die Frage 8 des Invaliditäts-Fragebogens macht bei Geistesstörungen nicht selten größere Schwierigkeiten, namentlich bei solchen Fällen, welche periodisch auftreten, und bei denen zwischen längeren Zeiten schwerer Geisteskrankheit Zustände erheblicher Besserung fallen, welche eine lohnende Beschäftigung ermöglichen.

Da im nachfolgenden Fall eine Auslegung der Frage 8 durch das Reichsversicherungsamt stattgefunden hat, welche zu einer gänzlich veränderten ärztlichen Oberbegutachtung gegenüber der ersten Begutachtung führen mußte, so dürfte eine Darstellung dieses Falles nebst den ergangenen Erkenntnissen von erheblichem allgemeinen Interesse sein.

Unterm 4. Januar 1901 wurde von dem hierzu eingesetzten Pfleger im Auftrage des Armenamts zu Frankfurt a. M. bei der Landesversicherungsanstalt Hessen-Nassau ein Antrag auf Invalidenrente gestellt für den geisteskranken Kommis F., welcher sich z. Z. in der Irrenanstalt zu W. befindet.

F. ist geboren am 29. Oktober 1880 zu B., hat als Kaufmann gelernt und ist erblich veranlagt. Er soll bereits 1896 einen Zustand von Depression durchgemacht haben und kam zum ersten Male am 3. Februar 1898 wegen manischer Krankheitserscheinungen zur Irrenanstalt in F.

In dieser Anstalt wurde er in folgenden Zeiten behandelt:

vom 3. Februar 1898 bis 27. März 1898,
„ 27. April 1899 „ 21. August 1899,
„ 16. November 1901 „ 4. März 1902,
„ 16. August 1902 „ 25. April 1903,
„ 15. Mai 1903 „ 24. Juli 1903.

Zwischendurch war er auch vom 16. Oktober 1900 bis 8. Februar 1901 in der Irrenanstalt in D. Seine Psychose äußerte sich als manisch-depressives Irresein, jedoch mit einer gewissen Hinneigung zu hebephrenischen Erscheinungen.

Es wurde nun festgestellt, daß F. in der Zwischenzeit zu seinen Erkrankungen teilweise wieder arbeitsfähig gewesen war. Namentlich war er

1. vom August 1899 bis Oktober 1900 bei der Firma M. in Ürd. als Kommis angestellt, wo drei Quittungskarten für ihn mit Marken geklebt wurden. Von diesen sind zwei vorhanden, die dritte hat F. verloren;
2. vom 1. April 1902 bis 15. August 1902 bei der Firma F. in F. als Kommis tätig;
3. vom 27. April 1903 bis 8. Mai 1903 bei Hotelier F. in F.

Trotzdem wurde nun in dem ärztlichen Gutachten betreffs Invalidität von Dr. B. in W. die Frage 8, an welchem Tage die Invalidität in erkennbarer Weise eingetreten sei, dahin beantwortet: 27. April 1899: „zweite Aufnahme wegen der nämlichen Krankheit“ und dies weiter so motiviert: „Aus der Beschreibung der vorliegenden Geisteskrankheit erhellt, daß Rubrikat nie dauernd erwerbsfähig werden kann. Wohl ist nicht ausgeschlossen, daß er wieder mal zur Entlassung kommt, und in dieser Zeit normalen Verhaltens eine lohnende Anstellung finden kann. Doch zeigt die Krankengeschichte, daß diese Remissionen immer kürzer werden und schließlich ganz verschwinden werden.“

Auch auf den Einwurf des Magistrats-Kommissars, daß F. nach 1899 noch mehrmals lohnend beschäftigt worden sei, erwiderte Dr. B.:

„Ihre Auffassung, der p. F. sei vom 27. April 1899 noch nicht als Invalide zu bezeichnen, da er doch nach diesem Termin noch verschiedene Stellungen bekleidet hätte, wird diesseits nicht geteilt. Schon daraus, daß F. zum zweiten Male wegen der nämlichen Krankheit aufgenommen werden mußte, ist für den Kundigen erwiesen, daß jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich dauernd wieder über ein Drittel heben würde. Überhaupt ist die Erwerbsfähigkeit eines Geisteskranken nie mit demselben Maßstab zu messen wie bei einem körperlich Siechen. Letzterer ist so wie so Invalide. Ersterer ist vermöge seiner körperlichen Fähigkeiten, die er ja noch besitzt, imstande, leichtere Hand- und Feldarbeit zu verrichten, wozu sie auch in den Anstalten angehalten werden. Jedoch zu selbständigem, dauerndem Erwerb draußen unter ihren Mitmenschen sind sie nicht mehr befähigt und werden regelmäßig nach kürzerer oder längerer Zeit der Anstalt wieder zugeführt, aus der sie gebessert entlassen oder entsprungen waren.“ Es wurde danach festgestellt, daß F. die erforderliche Wartezeit von 200 Wochen nicht erfüllt habe, da vom 29. Oktober 1896, Tag an dem F. das 16. Lebensjahr vollendet, bis 27. April 1899, Tag des Eintritts der Invalidität, nur 131 Wochen verflossen seien.

Die Berufung des Pflegers, die sich auf die späteren Zeiten von Erwerbsfähigkeit des F. stützt, wurde vom Schiedsgericht mit Rücksicht auf die ärztliche Begutachtung abgewiesen, wogegen der Pfleger und das Armenamt beim Reichsversicherungsamt Revision einlegte.

Hierauf erging unterm 3. Oktober 1904 folgendes Urteil des Reichsversicherungsamts:

„Unter Aufhebung des Urteils des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung in W. vom 15. März 1904 wird die Sache zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung an das Schiedsgericht zurückverwiesen.“

Gründe:

Gegen das vorbezeichnete Urteil, auf dessen Inhalt Bezug genommen wird, hat der Kläger und der Magistrat, Waisen- und Armenamt zu F. rechtzeitig die Revision eingelegt mit dem Antrag, unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung, dem Kläger die Invalidenrente zuzuerkennen.

Auf die Begründung dieses Antrages in den Revisionsschriften wird verwiesen.

Der Vorstand der Versicherungsanstalt hat die Zurückweisung der Revision beantragt.

Auf die Begründung dieses Antrages in dem Schriftsatz vom 7. Mai 1904 wird Bezug genommen.

Der Revision konnte der Erfolg nicht versagt werden. Das Schiedsgericht stellte fest, daß für den Kläger außer 16 Krankheitswochen in 2 Quittungskarten 112 Beiträge nachgewiesen sind und daß eine dritte Quittungskarte verloren gegangen sei, welche Marken enthalten haben solle, es habe sich aber nicht feststellen lassen, daß und was für Marken geklebt worden seien.

Nach dem Inhalt der Akten hat das Schiedsgericht die ihm zu Gebote stehenden Mittel zu der fraglichen Feststellung nicht erschöpft und damit die ihm nach § 17 der Verordnung, betreffend das Verfahren vor den Schiedsgerichten, vom 22. November 1900 obliegende Pflicht zur Klarstellung des Sachverhalts verletzt.

Aus den Akten und Beiakten ergibt sich, daß F. alsbald nach seiner Entlassung aus der Irrenanstalt zu F. am 21. August 1899 wieder in versicherungspflichtige Beschäftigung eingetreten und unterbrochen anscheinend vom 17. Oktober 1900, dem Tag seiner Aufnahme in die Rheinische Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu D. bei dem Kaufmann Th. M. in Ü. in Stellung gewesen ist. Bis zum 1. April 1902 scheint F. infolge seines Leidens ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen zu sein. Bis zum 8. Februar 1901 war er in der Anstalt D., dann bei einem Onkel, dem Lehrer H. zu C., ferner vom 4. Juni bis zum 14. August 1901 zu H., und dann bis zum 25. September in B., an allen diesen Stellen aber ohne berufsmäßige Beschäftigung, sondern soviel zu ersehen ist, zur Erholung. Vom 30. September bis zum 25. Oktober 1901 war er im städtischen Krankenhaus

zu D., vom 16. November 1901 bis zum 4. März 1902 in der Irrenanstalt zu F. Vom 1. April bis zum 15. August 1902 ist er bei dem Kaufmann T. zu F. als Reisender tätig gewesen, der ihm bis Ende September 1902 Gehalt gezahlt und für die Zeit vom 1. April bis zum 30. September 1902 Beitragsmarken fünfter Lohnklasse für ihn verwendet hat. Vom 16. August 1902 bis zum 25. April 1903 ist er wieder in der Irrenanstalt zu F. gewesen, dort am 15. Mai 1903 wieder aufgenommen und seitdem in Anstaltspflege verblieben.

Von Th. M. sind Beiträge für F. entrichtet. Über die Zahl und Höhe der Beiträge liegt bisher nur die vom Schiedsgericht eingezogene polizeiliche Auskunft vom 10. März 1904 vor, die keinen sicheren Anhalt bietet. Da aber die Dauer der Beschäftigung und die Höhe des Gehaltes feststeht, so muß sich durch eventuelle richterliche und eidliche Vernehmung derjenigen Person, welche die Markenverwendung bewirkt hat, eine genügend sichere Unterlage beschaffen lassen.

Da hiernach die Möglichkeit besteht, daß für den Kläger mehr als 100 Beitragswochen nachweisbar sind, so durfte das Schiedsgericht die Frage nicht unentschieden lassen, ob die dauernde Erwerbsunfähigkeit später als am 27. April 1899 eingetreten sei.

Bei der Prüfung dieser Frage wird das Schiedsgericht zu erwägen haben, ob die gutachtlichen Äußerungen des Dr. B. vom 4. und 17. Oktober 1903 eine hinreichend zuverlässige Unterlage für die Entscheidung bieten.

Nicht darauf kommt es an, ob sich die Erwerbsfähigkeit dauernd wieder über $1/3$ der normalen erheben wird, sondern darauf, ob die Erwerbsfähigkeit dauernd unter $1/3$ gesunken ist, und eventuell seit welchem Zeitpunkt letzteres eingetreten ist.

Dabei wird nicht unbeachtet bleiben dürfen, daß der Kläger nach dem 27. April 1899 zweimal längere Zeit ununterbrochen voll erwerbsfähig gewesen zu sein scheint.

Hiernach müßte unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung eine erneute Verhandlung vor dem Schiedsgericht angeordnet werden.

Hierauf wurde der Unterzeichnete unterm 8. November 1904 vom Schiedsgericht zu W. zu einem weiteren Gutachten über den Beginn der Invalidität mit Rücksicht auf die Ausführungen des Reichsversicherungsamtes aufgefordert, welches in folgendem erstattet wurde.

„Aus den gutachtlichen Äußerungen des Dr. B. zu W. geht hervor, daß derselbe annimmt, „daraus, daß F. zum zweiten Male wegen der nämlichen Krankheit aufgenommen werden mußte, sei für den Kundigen erwiesen, daß jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich dauernd wieder über $1/3$ heben würde.“ Dieselbe Meinung ist in dem Gutachten Bl. 30 und 31 ausgeführt, indem darauf Bezug genommen wird, daß F. nie mehr dauernd erwerbsfähig werden könne, wenn auch nicht ausgeschlossen sei, daß er in Zwischenzeiten normalen Verhaltens eiue lohnende Anstellung finden könne.

Nach den Akten des Schiedsgerichts ist nun in dem Erkenntnis des Reichsversicherungsamts vom 3. Oktober 1904 das Urteil ausgesprochen:

„Nicht darauf kommt es an, ob sich die Erwerbsfähigkeit „dauernd wieder über $1/3$ der normalen erheben wird, son„dern darauf, ob die Erwerbsfähigkeit dauernd unter $1/3$ „gesunken ist, und event. seit welchem Zeitpunkt letzteres „eingetreten ist.“

Unter diesem Gesichtspunkt muß auch die Begutachtung des Dr. B. in dem Gutachten Bl. 30 und 31 auf Frage 8 als nicht ganz zutreffend erachtet werden; diese Frage lautet: „An welchem Tage ist jede Hoffnung geschwunden, daß die Erwerbsfähigkeit sich wieder über $1/3$ heben würde.“ In diese Frage hat Dr. B. das Wort „dauernd“ eingeschoben, welches nicht darin enthalten ist und welches derselben offenbar einen anderen Sinn geben würde.

Periodische Geistesstörungen sind gerade in dieser Beziehung schwer zu beurteilen.

Wenn in gerichtlichen Fällen z. B. bei Entmündigung der Gebrauch besteht, die lichten Zwischenräume bei periodisch auftretenden Fällen der Krankheit zuzurechnen, auch wenn sie eine gewisse längere Zeit, also Monate bis etwa ein Jahr umfassen, so geht dieser Gebrauch davon aus, daß hier die Wirkung eine vorbeugende sein soll.

Bei der Begutachtung zwecks Invalidität soll der Gesichtspunkt nach obiger Entscheidung des Reichsgerichts der umgekehrte sein, nämlich der rückschauende, ob keine Zeiten normaler Erwerbsfähigkeit wieder eingetreten sind, wobei man allerdings eine solche von einigen Tagen wohl nicht zu berücksichtigen haben wird, wohl aber eine solche von mehreren Monaten.

Da nun F. vom 1. April bis 15. August 1902 bei dem Kaufmann T. in F. als Reisender tätig gewesen ist und hierfür von T. Gehalt bekommen hat und erst am 16. August 1902 wieder in die Irrenanstalt aufgenommen ist, so wird vor diesem Tage eine dauernde Invalidität nicht angenommen werden können. Auch nach dem 16. August 1902 war F. noch einmal kürzere Zeit außerhalb der Anstalt, nämlich vom 25. April bis 15. Mai 1903. In dieser Zeit hat er gleichfalls eine bezahlte Stellung bekleidet, nämlich bei Hotelier F. in F. Aus Blatt 8 geht hervor, daß er in dieser Stellung vom 27. April bis 8. Mai 1903 war und daß 2 Marken für ihn geklebt wurden. Seit 15. Mai 1903 ist er dann andauernd wieder in der Irrenanstalt, teils hier, teils in W.

Es wird daher nach unserer Ansicht der Zeitpunkt der dauernden Invalidität des F. unzweifelhaft erst vom 15. Mai 1903 ab zu rechnen sein. Ob die kurze Beschäftigung bei F. vom 27. April bis 8. Mai 1903 eine Unterbrechung der Invalidität bedeutet, kann diesseits nicht genügend festgestellt werden, da genaue Nachrichten über das Verhalten des F. in dieser Zeit, namentlich ob ein krankhafter Zustand erkennbar war, fehlen.

Aus der Königlich Sächsischen Landesanstalt für Geisteskranke in Waldheim.

Ein Fall von Chorea in forensischer Beziehung.

Von
Dr. Nerlich,
Oberarzt.

Als ich vor zwei Jahren zum Leiter der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim berufen wurde, machte sich mir sofort ein mit Veitstanz behafteter Kranker — K. aus Sch. — in aufdringlicher Weise bemerkbar. Er war früher wegen Sittlichkeitsverbrechens im Zuchthause gewesen und war, nachdem er von psychiatrischer Seite als an „angeborenem Schwachsinn mit Chorea“ leidend begutachtet worden war, vom Strafanstaltsbestande abgeschrieben und in die Irrenanstalt versetzt worden. Von der vorgenannten Diagnose hatte der Kranke irgendwie Kenntnis erhalten und er forderte nun unaufhörlich, da er ja sein Verbrechen im geisteskranken Zustande begangen habe, Wiederaufnahme seines Verfahrens, indem er zugleich bemerkte, daß er nach erfolgter Freisprechung und Entlassung in einer ausländischen Armee Spionendienste leisten wolle, für welche Tätigkeit er beim Militär genügende Erfahrungen gesammelt zu haben glaube.

Da der Patient, wie aus der Krankengeschichte zu ersehen war, in der Tat volle drei Jahre bei den Soldaten gedient hatte, so war es mir von vornherein nicht recht wahrscheinlich, daß es sich bei ihm um einen von Jugend auf bestehenden geistigen

Schwächezustand handeln könne: denn zweifellos wäre von den militärischen Vorgesetzten während eines so langen Zeitraumes von drei Jahren, währenddessen doch an die Intelligenz immerhin größere Anforderungen gestellt werden, ein etwa vorhandener Schwachsinn bemerkt und dann das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren eingeleitet worden.

In der Folgezeit machten nun aber auch die Angehörigen des K. auf dessen Drängen hin Anstrengungen, auf Grund von § 51 des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich eine Revision des Strafprozesses herbeizuführen. Durch diese Bestrebungen wurde ich veranlaßt, mich eingehend mit sämtlichen über K. ergangenen Akten und mit seinen Militärpapieren zu befassen und weiterhin auch Erkundigungen in seiner Heimat über ihn einzuziehen, und kam nun zu dem Resultat, daß bei K. eine Fehldiagnose gestellt worden war.

K. ist am 11. Dezember 1865 ehelich geboren. In seiner Familie ist seit vielen Jahrzehnten eine Zitterkrankheit erblich, insbesondere hat an derselben seine Großmutter väterlicherseits und sein eigener Vater gelitten, der letztere soll überdies gehirnkrank in einer Anstalt gestorben sein. K. selbst wird als ein nur mäßig befähigter Schüler geschildert, hat sich aber im übrigen geistig und körperlich gut entwickelt. Nach seiner Konfirmation hat er anfangs seinem Vater beim Mattenflechten geholfen, um später in verschiedenen Betrieben zur Zufriedenheit seiner Arbeitgeber tätig zu sein. Während seiner Militärzeit, welcher er vom 6. November 1886 bis 13. September 1889 genügte, sowie während mehrerer Übungen, die er in den Jahren 1891, 1893 und 1897 ableistete, hat er, von kleineren Disziplinarstrafen wegen Unfugs etc. abgesehen, zu besonderen Ausstellungen nicht Anlaß gegeben und sich „gut geführt“. Er wird wiederholt, zuletzt noch im Jahre 1897 als gesund und felddienstfähig bezeichnet, so daß er zu jener Zeit noch nicht an Veitstanz gelitten haben kann, und auch in geistiger Beziehung den Anforderungen des Dienstes gewachsen gewesen sein muß. In den Jahren 1891 und 1894 hat K. sich wegen Sachbeschädigung und Körperverletzung mehrfach Gefängnisstrafen zugezogen. Auch in den Strafanstaltsakten wird er regelmäßig als körperlich und geistig gesund charakterisiert; ein Blick auf seinen Namenszug, mit welchem er über Sachenempfang quittiert, lehrt, daß seine Schrift noch Ende 1894 kräftig und deutlich und ohne krankhafte Störung ist.

Im Januar und August 1900 hat sich K. mehrere Sittlichkeitsverbrechen zuschulden kommen lassen, bei welchen er sich zwar roh und brutal, sonst aber in zweckmäßiger Weise benahm; infolgedessen wurde er unter dem 26. November desselben Jahres zu 10 Jahren Zuchthaus verurteilt. Bei seiner Einlieferung in die Strafanstalt — am 7. Dezember 1900 — ist er ärztlich eingehend untersucht worden; bei dieser Gelegenheit wird krampfartiger Muskelzuckungen, welche den Gefangenen nur beschränkt arbeitsfähig erscheinen ließen, Erwähnung getan. Was den Beginn dieser veitstanzartigen Bewegungen anbetrifft, so ließ sich soviel ermitteln, daß sie nach der letzten Entlassung vom Militär, d. h. also Mitte 1897 ohne ersichtlichen Grund eingesetzt und sich allmählich verschlimmert hatten. Eine Vergleichung des Namenszuges vom 7. Dezember 1900 mit dem vom Jahre 1894 ergibt, daß die Schrift in erheblichem Grade zittrig geworden war.

In der Strafhaft machte K. anfangs keine Schwierigkeiten, fiel vielmehr seiner Umgebung erst im August 1902 dadurch auf, daß er sich beeinträchtigt und gefoppt fühlte. Diese Beeinträchtigungsideen mehrten sich und führten schließlich dazu, daß er am 17. Oktober desselben Jahres der hiesigen Irrenanstalt zur Beobachtung auf seinen geistigen Zustand überwiesen wurde.

Bei seinem Eintritt fiel an K. sofort eine allgemeine Unruhe in fast allen Muskelgruppen auf. Der Kranke vermochte keinen Augenblick still zu stehen, trat von einem Fuß auf den andern, schleuderte ab und zu die Beine vor, machte mit Kopf und Händen allerhand ungeordnete, zwecklose Bewegungen, wiegte sich mit dem Oberkörper bald nach vorn bald nach hinten, grimassierte stark, spitzte den Mund zum Pfeifen, schmatzte mit den Lippen oder schnalzte mit der Zunge, kurz K. bot das Bild eines ausgesprochenen Veitstanzes dar. Forderte man ihn zu einer bestimmten Tätigkeit auf, so gelang es ihm für einige Augenblicke die ungewollten Bewegungen zu unterdrücken und zweckmäßige auszuführen. Die grobe Kraft war vollkommen erhalten, so daß er beispielsweise beim Turnen gleichstarke Patienten niederzuringen vermochte. Die Sprache war stockend, meist wurden die Worte stoßweise hervorgebracht. Die Pupillenreaktion sowie die Blasen- und Mastdarmfunktion waren nicht gestört. Die Kniescheibensehnenreflexe erwiesen sich leicht gesteigert, die Schmerzempfindlichkeit bewegte sich in normalen Grenzen. Der Urin enthielt keine pathologischen Bestandteile. Die Herztöne waren leicht und rein. An den übrigen Organen waren krankhafte Veränderungen nicht nachweisbar.

Was seinen geistigen Zustand anbetraf, so erwies sich Patient zeitlich und örtlich leidlich orientiert, er gab ferner über die Ursache seiner Bestrafung richtig Auskunft, beantwortete Fragen nach seinen persönlichen Verhältnissen im allgemeinen richtig, löste einfache Rechenaufgaben zur Zufriedenheit, während ihm etwas kompliziertere Schwierigkeiten machten, konnte zwar buchstabieren aber Worte und Sätze „nicht zusammenbringen“, wußte in religiösen Fragen nur oberflächlich Bescheid und konnte sich der Namen des Kaisers und Königs nicht erinnern, wie denn überhaupt eine gewisse Vergeßlichkeit an ihm auffiel. Über die letzten Vorgänge in der Strafhaft befragt, äußerte er, die Aufseher hätten ihn absichtlich geärgert und „gemorxt“, um ihm seine Strafe zu erschweren.

Im weiteren Verlaufe der Beobachtung traten die Wahnvorstellungen allmählich zurück, während bei Fortbestehen der choreatischen Bewegungen der Schwachsinn rapid — ich möchte fast sagen galoppierend — zunahm, so daß K. jetzt — d. h. Mitte Januar 1905 — den Eindruck eines ziemlich verblödeten Menschen macht. Er brütet meist stumpf vor sich hin, nimmt an Vorgängen in seiner Umgebung keinen Anteil, erscheint in vielfacher Beziehung hilfsbedürftig, faßt Fragen nicht mehr richtig auf, beantwortet sie, wenn überhaupt, in kaum verständlicher Weise und läßt erkennen, daß er für seine Lage und seine Verhältnisse auch nicht das geringste Verständnis mehr besitzt. Schreiben, Lesen und Rechnen hat er völlig verlernt. Dabei ist er auch in körperlicher Beziehung, trotz verhältnismäßig guter Nahrungsaufnahme, nicht unerheblich zurückgegangen, seine Kräfte sind zusehends in der Abnahme begriffen.

Resumé: K. stammt also aus einer Familie, in welcher Veitstanz erblich ist; er selbst ist zwar nur ein mäßig befähigter Schüler gewesen, hat sich aber doch geistig gut entwickelt. Während er sich stets einer guten Gesundheit erfreute, erkrankte er nach dem Jahre 1897, d. h. im Alter von ungefähr 32 Jahren an ungewollten Muskelzuckungen, welche bald den Charakter einer ausgesprochenen Chorea annahmen und Ende 1900 in voller Blüte standen. Bei Begehung der Sittlichkeitsverbrechen im Jahre 1900 benahm er sich ebenso wie später in den ersten $1^1/_2$ Jahren der Strafhaft durchaus geordnet und zweckmäßig; erst im August 1902 zeigen sich bei ihm die ersten Zeichen einer psychischen Alienation, welche durch das Auftreten von Wahnvorstellungen beeinträchtigenden Inhalts gekennzeichnet ist. Einige Monate später — im Oktober 1902 — gelingt es bei ihm einen mäßigen Grad geistiger Schwäche festzustellen, welche weiterhin innerhalb zweier Jahre bereits zu völliger Ver-

blödung geführt hat. Wir haben hier also das Bild einer wenn auch seltenen, doch wohlbekannten Form des Veitstanzes vor uns, welche zum erstenmal im Jahre 1872 von Huntington beobachtet und beschrieben worden ist, nämlich das Bild der Dementia choreica progressiva.

Was die geistige Schwäche Ks. anbetrifft, so hat die Anamnese zur Evidenz ergeben, daß dieselbe nicht angeboren, sondern ein Folgezustand der Chorea ist. K. hat allerdings bei seinem Eintritt in die Irrenanstalt auffällig geringe Elementarkenntnisse aufgewiesen, er hat aber Schulkenntnisse, wie die Nachforschungen erhellten, besessen und nur das, was er in der Schule gelernt hat, wieder vergessen. Dafür, daß K. im Jahre 1900 noch geistig gesund war und die Sittlichkeitsverbrechen nicht im Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, welche seine freie Willensbestimmung ausschloß, begangen haben kann, spricht außer der Anamnese auch die auffällig rasch eingetretene Verblödung. Gibt man selbst zu, daß den Beobachtungen des ungeschulten Strafanstaltspersonals, denen zufolge K. erst August 1902 Wahnvorstellungen geäußert hat, ein entscheidender Wert nicht beigemessen werden kann, so muß doch aus dem Umstand, daß die hochgradige Verblödung bei dem Kranken schon nach dem kurzen Zeitraum von 2 Jahren aufgetreten ist, geschlossen werden, daß der am 17. Oktober 1902 festgestellte mäßige Grad von Schwachsinn höchstens einige Monate, nicht aber bis zum Jahre 1900 zurückreicht.

Nach diesen Darlegungen verzichteten die Angehörigen des K. darauf, Schritte zu dessen Gunsten zu unternehmen.

Zum Schluß möchte ich noch einmal kurz auf die Wichtigkeit einer guten Anamnese hinweisen, welche für die sachgemäße Beurteilung eines Falles von ausschlaggebender Bedeutung sein kann.

Mitteilung.

Zu unserm lebhaften Bedauern sind wir verhindert, den Schluß des Aufsatzes von Herrn Geheimrat Kirchner aus Nr. 1 und 2 bereits in der vorliegenden Nummer zu veröffentlichen. Die Redaktion.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die oto-rhinologische Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit. (Für das Sommersemester 1904.)

Von Dr. Nadoleczny-München.*)

Im letzten Sammelbericht (Nr. 13 1904 dieser Zeitung) wurde ausführlich die Behandlung der akuten Mittelohrentzündung bzw. die Parazentesenfrage besprochen. Nachträglich ist hierüber noch eine Arbeit erschienen von:

1. **Bürkner**, Zur Parazentesenfrage. (Archiv für Ohrenheilkunde B. 62 S. 177.)

Verf. trennt darin Mittelohrkatarrh und Entzündung klinisch von einander, erklärt, daß der von der Prager Schule angenommene zyklische Verlauf bei der Entzündung jedenfalls nicht die Regel sei. Zur Behandlung bevorzugt er heiße Umschläge, die subjektiv besser ertragen werden als Kälte. Kokaininstillationen sind nutzlos. Salizylmedikationen setzen die Temperatur herab und können so über den Ernst des Leidens hinwegtäuschen, sind also nicht ohne Gefahr. Der Durchbruch des Eiters tritt trotz konservativer Therapie doch ein. B. hat diese Erfahrungen an 44 Fällen gemacht, die er nach konservativen Prinzipien behandelte. Hiervon heilten nur 12 ohne Trommelfellperforation 28 nach Spontandurchbruch der Membran, bei 4 Fällen mußte schließlich doch parazentisiert werden. Die Temperatur stieg bei der ersten Gruppe (12 Fälle) nicht über 39°. Die Heilungsdauer betrug bei dieser Gruppe durchschnittlich 24,6 Tage, bei den spontanperforierten durchschnittlich 31,5 Tage und bei den spät parazentesierten Fällen im Mittel 28 Tage. Hierzu ist noch zu bemerken, daß unter den 28 spontaneiternden Fällen drei Mastoidkomplikationen vorkamen und 6 mal die Eiterung chronisch wurde. Im Anschluß hieran gibt Verfasser eine Statistik von 200 Parazentesen, aus der hervorgeht, daß bei frühzeitiger Parazentese die Heilung bei 90,5 % der Fälle innerhalb der ersten 20 Tage erfolgt. Es ist hiernach begreiflich, daß B. seine Versuche mit konservativer Behandlung nicht fortsetzen wollte, um so mehr als die Rezidive nach frühzeitiger Parazentese seltener waren und die Komplikationen am Warzenfortsatz nur 1 % betrugen gegenüber 7,4 % bei den spontanperforierten Otitiden.

Im folgenden seien einige Arbeiten zusammengestellt, welche eine Erkrankung von Ohr und Nase durch Gifte oder berufliche Schädlichkeiten zum Gegenstand haben:

2. **Albert Blau**, Experimentelle Studien über die Veränderungen im Gehörorgan nach Vergiftung mit salizylsaurem Natron. (Arch. f. Ohrenheilkunde. B. 61. H. 3 u. 4. S. 220 ff.)

3. **Sugàr**, Akute Anilinvergiftung nach Anwendung eines Lokalanästhetikum im Ohr. (Arch. f. Ohrenheilk. B. 62. S. 248 ff.)

4. **Lockhard**, Platina Rhinitis. (Annales of Otolog., Rhin. and Laryngol. Dez. 1903. ref. Zeitschrift f. Ohrenheilk. B. 47. H. 4. S. 425.)

5. **Costiniu**, L'examen des oreilles chez les mécaniciens et chauffeurs de chemins de fer, en rapport avec leur ancienneté dans le service et le combustible employé aux machines en Roumanie. (Internat. otolog. Kongreß, Bordeaux 1904.)

Blau (2) ergänzt seine schon in Nr. 13 1904 dieser Zeitung referierten Angaben dahin, daß auf Grund seiner Tierversuche Schädigungen des Gefäßapparats im Ohr nach Salizylgaben nicht immer eintreten müssen, besonders nicht bei chronischen Vergiftungen. Hier findet man kaum Hämorrhagien, auch wenn die Tiere nicht ante mortem entblutet wurden. Die Salizylsäurevergiftung äußert sich im Ohr als eine spezifische Giftwirkung oder durch Gift bewirkte Ernährungsstörung an den Ganglienzellen zunächst des Ganglion spirale, dann der Vestibularganglien, daher geht auch das Ohrensausen unter den klinischen Symptomen dem Schwindel voraus. Sugàr (3) hat bei einem 9jährigen Mädchen, das an chronischer Mittelohreiterung litt, Granulationen aus der Paukenhöhle entfernt und dazu das Graysche Anästhetikum verwandt. Letzteres besteht aus einer Mischung von 20 % alkoholischer Kokainlösung und einer 15—20% Eukainlösung in Anilinöl. Es traten hierauf Schwindel, Erbrechen und Konvulsionen auf. Noch nach einigen Tagen fiel die livide Färbung der Lippen, die fahle Gesichtsfarbe und der wankende Gang des Kindes auf. Es wurde häufig dunkelbrauner Urin entleert. Im Blut gelang es spektralanalytisch den Absorptionsstreifen des Methhämaglobins nachzuweisen. Die Vergiftung ist eine typische Anilinvergiftung, entstanden durch Resorption oder Verschlucken der per tubam abgeflossenen Lösung, vielleicht handelte es sich um eine Idiosynkrasie. Sämtliche modernen Anästhetika Orthoform, Anästhesin, Exalgin und Methylenblau sind Anilinderivate. Sugàr hält die Anwendung der beiden ersten insbesondere in öliger Lösung für nicht ungefährlich und mahnt zur Vorsicht mit Anilinpräparaten und -derivaten besonders im Kindesalter.

*) Die in der Zeitschrift für Ohrenheilkunde erscheinenden Originalarbeiten werden anderweitig referiert.

Lockhard (4) hat infolge von Gebrauch von Platinpapier und Platintonfixierlösung bei Photographen in 5 Fällen Rhinorrhöen beobachtet. Es traten heufieberähnliche Zustände auf: starke wässerige Sekretion, Tränenfluß, häufiges Niesen usw. anfangs nach einem Aufenthalt von 30—90 Minuten in der Dunkelkammer. In freier Luft setzten die Anfälle aus. Später traten sie schon nach wenigen Minuten in der Dunkelkammer ein, und der Zustand hörte auch außerhalb derselben nie ganz auf. Nach Kauterisationen und Gebrauch von Kokain und Adrenalin erfolgten nur zeitweilige Besserungen, Heilung dagegen erst nach Aufgeben der Arbeiten mit Platinpapier.

Costiniu (5) behandelt die Berufsschädigungen der Gehörorgane der Heizer auf den rumänischen Bahnen. Für die Entstehung starker Geräusche ist in erster Linie das Heizmaterial ausschlaggebend. Als solches dient 1. Rohpetroleum, 2. Petroleum und Lignit, 3. Holz und Lignit. Bei der Rohpetrolverbrennung entsteht ein außerordentliches Geräusch, weshalb die Heizung mit Holz und Lignit vorzuziehen ist. Verfasser hat 902 Heizer und Mechaniker untersucht und kommt ferner noch zu folgenden Schlüssen: Die Geräusche von Heizung, Maschine, Pfeife, Westinghousebremse usw. können bei hierzu Disponierten das Auftreten einer Ohraffektion beschleunigen. Andererseits tritt auch eine gewisse Gewöhnung an den Lärm ein. 20—30 Minuten nach Verlassen der Züge verschwindet bei den Bedientesten die Kongestion nach dem Kopf, welche C. feststellen konnte. Die Alteration der Gehörorgane hängt vom Alter und vom Dienstalter der Heizer ab, die im allgemeinen einer guten Hörschärfe bedürfen. Die Petrolheizung disponiert zu Nervosität und auch zu Herabsetzung der Sehschärfe. C. hält die Beobachtungszeit seiner Fälle für zu kurz, um weitere Schlüsse daraus zu ziehen, Eingehendere Hörprüfungsresultate scheinen zu fehlen.

Wenden wir uns nun zum Kapitel von den **Verletzungen** des Gehörorgans, so werden wir zunächst eine Reihe von Arbeiten zu besprechen haben, die sich mit Läsionen und Traumen des äußeren Ohres beschäftigen:

6. **C. Springer,** Entwicklung von Hämangiomen im Anschluß an das Ohrlochstechen. (Prager med. Wochenschr. Nr. 34. 1904.)

7. **Passow,** Anatomische Untersuchungen über das Zustandekommen von Gehörgangsfrakturen. (Deutsche med. Wochenschrift. Nr. 31. 1904.)

8. **Quandt,** Über Frakturen des knöchernen Gehörgangs durch Gewalteinwirkung auf den Unterkiefer. (Dissert. Halle. 1904.)

9. **Chorenhitzky,** Eine quere Schußwunde des äußeren Gehörgangs. (Monatsschr. f. Ohrenheilk. Nr. 1. 1904.)

10. **Macleod Yearsley,** Case of traumatic atresia of the meatus succesfully treated by Operation. (The Journal of Laryngology. July. 1904.)

11. **J. Böcke,** Traumatische Ohraffektionen. (Pester med. chir. Presse. Nr. 17. 1904.)

Springer (6) betont die Gefahren des Ohrlochstichs, der bekanntlich gewöhnlich von Laien ohne Kautelen vorgenommen wird. Langdauernde Eiterungen, Erysipele, Infektionen mit Syphilis und Tuberkulose sind im Anschluß an diesen Eingriff schon vorgekommen. Sp. beschreibt zwei Fälle, bei denen sich ein bis zwei Wochen nach dem Ohrlochstich starke Eiterungen einstellten und dann noch ausgedehnte Hämangiome auf der Außen- und Innenseite der Ohrmuschel ausbildeten. Im ersten Falle handelte es sich um ein Mädchen, das schon bei der Geburt ein kleines Hämangiom am linken Ohrläppchen hatte. Dieses vergrößerte sich nach dem Eingriff enorm bis zur Mitte der Ohrmuschel, griff auf den Tragus über und vermehrte das Volumen des Ohrläppchens aufs doppelte. Kauterisation in Narkose brachte Verkleinerung der Geschwulst. Im zweiten Fall lag kein angeborenes Hämangiom, wenigstens nicht sichtbar, vor. Die Ausdehnung war ähnlich wie beim ersten Falle. Sehr erfolgreich benutzte Verfasser die Heißlufttherapie.

Passow (7) erörtert an vier Fällen den Mechanismus der Gehörgangsfraktur durch direkte und indirekte Verletzung. Erstere ist natürlich seltener und kann, wie P.s vierter Fall zeigt, durch eine Schußverletzung entstehen. Von zwei ins Ohr geschossenen Kugeln wurde zunächst die zweite herausgenommen, die in der Tiefe des meatus vor dem Trommelfell saß. Wegen schwerer Entzündungserscheinungen wurde die Radikaloperation nötig, bei der die erste in der oberen Gehörgangswand eingekeilte Kugel entfernt wurde. Diese hatte also das Ohr vor der zweiten Kugel geschützt, welche ihrerseits einen Teil der Vorderwand des knöchernen Gehörgangs weggenommen hatte, so daß die Kieferbewegungen darin sichtbar wurden. Die drei anderen Frakturen sind durch Sturz vom Fahrrad oder auf der Treppe entstanden. Einmal war beiderseits die Vorderwand des Gehörgangs vom Unterkiefer eingedrückt. Es wurden Knochensplitter entfernt und blieben dann Lücken im Meatus osseus (publiziert Monatschrift für Ohrenheilkunde 1898). Ein kleines Mädchen erlitt eine Unterkieferfraktur und daran anschließend einen Bruch der Vorderwand des rechten Gehörgangs. Es war ein deutlicher Riß sichtbar, doch wurde glatte Heilung erzielt und der Gehörgang in normaler Weite erhalten. Bei einem erwachsenen Mann heilte zwar das Knochenstück bei einer gleichen Verletzung ohne Unterkieferbruch ebenfalls wieder ein, doch blieb ein ziemlicher Kallus an der Vorderwand, der das Gehörgangslumen verengte. Passow erklärt das Zustandekommen der Gehörgangsfraktur folgendermaßen: Der Kondylus des Unterkiefers prallt gegen die vordere untere Wand des Meatus osseus an deren dünnster Stelle. Eine Fraktur erfolgt leichter, wenn die Zähne fehlen, als wenn sie gut erhalten sind, ferner leichter, wenn die Zahnreihen nicht vollständig geschlossen sind. Von ganz besonderer Wichtigkeit ist hierbei die Konfiguration der Gehörgangswand. Ein stark entwickelter Rand des Porus acusticus externus hindert die Durchstoßung der Wand. Das Tuberculum articulare kann einen Schutz bieten, wenn sich seine Vorderfläche nach außen abflacht. Es gleitet dann der Kondylus nach außen ab, im entgegengesetzten Falle nach innen, gegen die Gehörswand. Spitze Gelenkköpfe mit stark gewölbter Rückfläche sind besonders gefährlich. Steht der äußere Gehörgang vollkommen schräg, ist die Platte dünn und der äußere Rand des Pocus acusticus externus außerordentlich schmal, die Spitze des Kondylus aber so geneigt, daß sie direkt in die dünnste Stelle des Gehörgangs hineinfahren kann, so scheint bei starkem Schlag, Stoß oder Sturz das Eintreten einer Fraktur fast unvermeidlich, besonders wenn die Gewalt etwas seitwärts auf den Unterkiefer wirkt.

Quandt (8) behandelt dasselbe Thema, nur weniger klar. Er beschreibt einen Fall, bei dem der Stoß von vorn das Kinn eines 48jährigen Mannes traf. Es erfolgte eine Blutung aus dem linken Gehörgang, leider wurden zuerst Spülungen des Ohres gemacht. Die Flüstersprache konnte schließlich nur noch auf 1 m Entfernung gehört werden, während rechts die Hörweite 6 m betrug. Allerdings fand sich links auch noch eine katarrhalische Erkrankung der Paukenhöhle und schließlich eine wohl traumatische Labyrinthaffektion. Es fehlen aber Angaben über Dauer von Luft- und Knochenleitung und über die obere Tongrenze. Der Rinnesche Versuch fiel links positiv aus. Das Resultat war nach ca. zweimonatlicher Behandlung und Heilung eine Hörweite für Flüstersprache von 7 m rechts, 1,5 m links. Die Behandlung bestand in feuchten Verbänden und Ätzungen der Granulationen an der Bruchstelle mit Höllenstein. Verfasser betont die Seltenheit dieser indirekten Verletzungen, die in 22 von 34 Fällen nach Kinntrauma auftreten. Die dünnste Stelle der vorderen Gehörgangswand entspricht ursprünglich einer Ossi-

fikationslücke im Os tympanicum. Die Symptome des indirekten Traumas im äußeren Gehörgang sind: Ekchymosen, Riß in der Epidermis, subkutane und komplizierte Fraktur, Fraktur mit Ruptur des Trommelfells, schließlich Fraktur kompliziert mit Labyrinthblutung oder -erschütterung. Diese letzte Komplikation ist nicht selten und trübt die Prognose natürlich sehr, wenigstens was die Funktion des Gehörorgans angeht. Verfasser stellt aus der Literatur 36 Fälle zusammen.

Chorenhitzky (9) teilt eine Schußverletzung des Gehörganges mit, die von einer Kugel herrührt, welche ihren Weg von der rechten Schläfe in der oberen Hälfte des Jochbogens durch den meatus externus bis unter die Nackenhaut genommen hatte. Die Gehörgangswand war in der Mitte unten und vorn zerfetzt. Dort bildete sich auch eine partielle Atresie aus, welche das Gehör nicht beeinträchtigte. Das Trommelfell blieb intakt.

Macleod Yearsley (10) hat eine Atresie beobachtet, die infolge eines Sturzes aus dem Wagen auftrat, bei dem die linke Ohrmuschel fast abgerissen worden war. Die Atresie wurde wegen Ohrschmerz und Schwerhörigkeit in Narkose durch Gehörgangsplastik beseitigt. Dabei fand sich der äußere Gehörgang angefüllt mit ceruminösen Massen, das Trommelfell intakt. Das künstliche Lumen wurde durch Gummidrains und Bleiröhren offengehalten. Nach 3 Monaten war Patient geheilt und beschwerdefrei, da sich aber das Orificium externum immer noch verengerte (!), pflegte er während der Nacht einen Bleitubus zu tragen.

Böcke (11) mußte ein 6,10 gr schweres Bleistück aus dem Gehörgang eines 41 jährigen Mannes operativ entfernen. Das Blei war demselben während eines Zustandes bewußtloser Trunkenheit ins Ohr gegossen worden und hatte, abgesehen von Brandwunden, eine Fazialislähmung erzeugt. Das Stück war 2 cm lang und 1 cm dick und zeigte einen Abdruck des Promontorium, des runden Fensters und des Fazialiskanals. Nach der Heilung bestand noch eine geringe Fazialislähmung und eine Hörweite für Flüstersprache von 1 m. Ein zweiter Patient B.s hatte sich eine Kugel in den Mund und eine ins rechte Ohr geschossen. Die rechte Wange war geschwollen, der Tragus zerstört. Dort begann ein 9 cm langer Schußkanal, der nach vorn unten verlief. Trommelfell, äußerer Gehörgang intakt, Hörvermögen gut. Bei der Heilung verengte sich der Eingang des Gehörgangs etwas, Die erste Kugel wurde mittelst Röntgenstrahlen aufgefunden. Sie lag an der Schädelbasis vor dem ersten Wirbelkörper. Die zweite Kugel blieb unauffindbar.

In den oben erwähnten Fällen von Schußverletzungen haben wir es mit den seltenen, günstig verlaufenen zu tun, auf die Grunert (Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 59) hingewiesen hat: (vgl. den Sammelbericht in Nr. 24, 1903 dieser Zeitung). Wir hätten nun des weiteren die Verletzungen des Trommelfells und Mittelohrs zu besprechen, anläßlich derer auch andere Blutungen in die Paukenhöhle erwähnt werden sollen:

12. **Bürkner,** Zerstörung des Trommelfells durch Blitzschlag. (Berlin. Klin. Wochenschr. Nr. 25. 1904.)

13. **Scheier,** Über eine seltene Verletzung der Paukenhöhle. (Münchener med. Wochenschr. Nr. 35. 1904.)

14. **Oppenheimer,** Lokale Blutung in die Paukenhöhle bei unversehrtem Trommelfell. (The Laryngoskope. August 1902. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. Bd. 47. S. 320.)

15. **Schimanski,** Über letale Blutungen aus dem Mittelohr. (Wojenno mediz. Shurnal. Januar 1904. Ref. Arch. f. Ohrenheilk.)

16. **Aspissow,** Ein Fall von Zerreißen der Arteria carotis interna bei Mittelohreiterung. (Wojenno medic. Shurnal. Oktober 1903. Ref. Arch. f. Ohrenheilk. Bd. 62. S. 324.)

Bürkner (12) berichtet von einem Manne, der durch Einschlagen des Blitzes in einen hölzernen Turm einige Stufen heruntergeschleudert wurde. Er lag längere Zeit bewußtlos. Die Umgebung des linken Ohres war versengt, im Trommelfell ein erbsengroßes Loch mit plattem Rand, der von dem Hammergriff nach innen umgeschlagen war, pulsierendes Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Die Perforation heilte trotz Mittelohrentzündung in $2^1/_2$ Monaten. Die Hörweite für Flüstersprache stieg bis auf 7,5 m. Eine Labyrinthläsion war nicht entstanden.

Die Patientin von Scheier (13) hatte die üble Gewohnheit, ihre Ohren mit einer vom Handtuch überzogenen Haarnadel zu putzen. Diese durchstach einmal das Tuch, es erfolgte leichte Blutung aus dem linken Ohr, Schwindel, Ohrensausen und Geschmackstörung infolge von Chordaläsion. Für Flüstersprache war das Ohr taub, Stimmgabeltöne vom Scheitel aus wurden links gehört. Bei der Untersuchung stellte sich heraus, daß der ganze Ambos in einem Blutgerinnsel im äußeren Gehörgang lag. Der Hammer und der Fazialis waren intakt geblieben. Im Laufe der Zeit bildete sich eine Narbe, die Flüstersprache wurde nach der Heilung 25 cm weit gehört, das Ohrensausen blieb bestehen. Die Verletzung ist umso merkwürdiger, wenn man sich vergegenwärtigt, wie schwierig meistens die operative Entfernung des Ambos ist.

Oppenheimer (14) hat bei einem 52jährigen Manne und bei einem 11jährigen Mädchen nach Meningitis cerebrospinalis Blutung in die Paukenhöhle beobachtet, beidemale bestand absolute Taubheit für Luftleitung, bei dem Manne auch lautes Ohrensausen, nicht aber bei dem Kind. Bei letzterem gelang die Wiederherstellung des Hörvermögens nach Auswaschen durch die Tube. Ref. möchte dieses Verfahren direkt als Kunstfehler bezeichnen, da es eminent gefährlich ist und andererseits sich das Hämatotympanum gewöhnlich spontan in Kürze resorbiert.

Schimanski (15) sah bei zwei Schwestern schwere Blutungen durch das perforierte Trommelfell. Einmal ging der Erscheinung eine Sugillation auf dem linken Warzenfortsatz voraus, tags darauf entleerte sich beiderseits aus Perforationen des Trommelfells im vorderen, unteren bzw. hinteren, unteren Quadranten Blut. Die Temperatur stieg auf 40° C., der Tod erfolgte unter Krämpfen. Die Schwester fiel auf den Hinterkopf, bekam dann nachts eine heftige Blutung aus einer Perforation im vorderen, unteren Trommelfellquadranten, verbunden mit Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit, wurde aber geheilt. Sch. erwähnt, daß der Vater tuberkulös war. Im zweiten Fall scheint es sich um eine typische Felsenbeinfraktur zu handeln, über den ersten dürfte eine Sektion Aufschluß gegeben haben.

Der Fall Aspissows (16) betrifft einen Soldaten, der sieben Jahre bevor er in Behandlung kam, einen schweren Sturz vom Pferde erlitt und von da ab eine rechtsseitige Mittelohreiterung hatte. Innerhalb dreier Wochen traten zwei schwere Blutungen auf, deren letzte zum Tod führte. Bei der Sektion fand sich an der Rückfläche des Petrosum eine Knochennekrose. Die Karotis war durchrissen, darüber eine Knochenusur. Im Sinus sigmoideus und den Zellen des Warzenfortsatzes fand sich Eiter, der mittlere Teil der Pars petrosa war fast total zerstört. Mittelohr und Karotiskanal bildeten eine gemeinsame Höhle.

Schließlich wären noch die traumatischen Labyrinthläsionen zu besprechen und deren besondere Bedeutung für die Begutachtung Unfallkranker. Zunächst kommen hier folgende Arbeiten in Betracht:

17. **Harris,** Ein Fall von Blutung ins Labyrinth. (Verhandl. der otolog. Sektion d. New-Yorker Mediz. Akademie, ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. B. 47 H. 4.)

18. **Cornet,** Recueil de faits. 1) Syndrome de Menière post-traumatique. (Bulletin de laryngologie ectr. mars 1904.)

19. **Castex,** l'oreille et les accidents de travail. (Internat. Otolog. Kongreß Bordeaux 1904.)

20. **Freund, C. S.**, Über den Nutzen der frühzeitigen Ohruntersuchung für die Begutachtung von Unfallkranken. (Wissenschaftl. Mitteilungen der Heilanstalt für Unfallverletzte zu Breslau 1904.)

Harris (17) gelang es mittelst einer Pilokarpinkur die nach einer Basisfraktur entstandenen subjektiven Ohrgeräusche und Schwindelanfälle zu bessern. Die Taubheit blieb bestehen. Eine Trommelfellverletzung war nicht auffindbar, doch war Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit aus dem Gehörgang der Verletzung unmittelbar gefolgt. In der Diskussion zu dieser Mitteilung berichtet Mc. Kernon über einen Automobilunfall, dem Abfluß von Zerebrospinalflüssigkeit aus beiden Gehörgängen folgte, ferner Fazialislähmung auf der linken Seite, wo auch der Processus palatinus des Oberkiefers gebrochen war. Zwei Tage nach dem Unfall erwachte das Bewußtsein. Es wurde Pilokarpin eingespritzt, aber noch nach 14 Tagen war der Patient ganz taub, 10 Tage später wurde auf dem rechten Ohr der Ton einer Galtonpfeife wahrgenommen, weitere 14 Tage später auch auf dem linken Ohr. Tiefe Töne wurden anfangs nicht gehört, dann zuerst rechts der Ton C_1. Der Schwindel war nach vier Wochen verschwunden. Ein Jahr später war die Hörweite rechts normal, links angeblich $^1/_4$ normal. Mc. K. empfiehlt lange Pilokarpinkur und hohe Dosen.

Der Kranke von Cornet (18) bekam zwei Monate nach einem Sturz auf den Kopf Schwindelanfälle und Neigung zum Fallen nach rechts, ferner Ohrensausen ohne Bewußtlosigkeit oder Taubheit. Die Hörprüfung ergab leichte Sklerose des Mittelohrs, daneben eine rechtsseitige Labyrinthaffektion. Mit Erfolg führte C. die Lumbalpunktion aus. Derartige Labyrinthattaken kommen bei Otosklerose auch ohne vorausgegangenes Trauma vor. (D. Ref.)

Castex (19) hat 78 Fälle von Verletzungen des Ohres nach Unfällen auf der Eisenbahn, im Automobil, nach Minenexplosionen usw. zusammengestellt. Er bedauert, daß Ohrläsionen im Anfang gewöhnlich wegen des Allgemeinzustandes übersehen werden. Später entdeckt man dann eine Taubheit, eine Hyper- oder Parakusis, subjektive Geräusche, Schwindel usw. C. macht auf die Schwierigkeiten der Diagnose aufmerksam bei Fällen, die vorher schon Ohrenleiden hatten. Selten hat man es mit direkten Simulanten zu tun, doch übertreiben fast alle Patienten bewußt oder unbewußt. Eine wiederholte Untersuchung oder Begutachtung ist daher nötig. Die Therapie ist meist machtlos, die Prognose also schlecht. Das Thema ist in der Arbeit von Bernhard (ref. diese Ztg. Nr. 24. 1903) eingehender und gründlicher bearbeitet.

Freund (20) ein Breslauer Nervenarzt weist auf die Notwendigkeit hin, gleich bei der ersten Untersuchung von Unfallverletzten eine Ohruntersuchung vorzunehmen. Notwendig ist demnach, abgesehen von Ohrspiegeluntersuchungen und Auskultation, eine Feststellung der Hörfähigkeit für Sprache und für Stimmgabeltöne nach den gewöhnlichen Untersuchungsmethoden (mindestens), ferner eine Prüfung der Gleichgewichtsstörungen usw. bei allen Unfällen, bei denen eine allgemeine oder eine Kopferschütterung stattgefunden hat. Eine frühzeitige Ohruntersuchung, die ein schon bestehendes Ohrenleiden feststellt, ist ebenso wertvoll für die spätere Begutachtung wie die Erkennung einer frischen traumatischen Läsion am Trommelfell oder im innern Ohr. Die Ursachen und das Wesen einer traumatischen Neurose erklären sich oft erst durch den Ohrbefund. Während die Ohrenleiden bei der seltenen traumatischen Hypochondrie nur sekundäre Bedeutung haben, kommen sie bei der Hysterie nach Trauma schon mehr in Betracht, wenn auch für deren Entstehung ein psychisches Trauma in erster Linie veranlassend ist. Aber hysterische Taubheit und hysterische Gehörstörungen kommen nach Labyrinthläsionen und ohne diese nach Unfällen nicht so selten vor. Von größter Bedeutung sind traumatische Affektionen des inneren Ohres, insofern sie das ursächliche Moment darstellen für die Entstehung des „vasomotorischen Symptomenkomplexes" (Friedmann), der sich sehr mannigfaltig äußern kann. Kopfschmerz, Schwindel und besonders beim Bücken auftretende Kongestivzustände mit Pulsbeschleunigung sind dessen hervorstechendste Symptome. Eine Labyrinthläsion kann ihre Ursache sein und ist sie vielleicht häufiger als man glaubt, weil sie allzuoft von Patient und Arzt nicht beachtet und nicht festgestellt wird. Gerade hier aber wäre auch für eine erfolgreiche rechtzeitige Behandlung ein Anhaltspunkt gegeben. F. bespricht gerade diese Zustände genauer bezugnehmend auf einige Krankheitsgeschichten.

Zur Begutachtung von Unfallkranken ist aber abgesehen von einer sorgfältigen Diagnose eine eingehende Kenntnis aller Formen der Simulation von Ohrerkrankungen nötig, ebenso sehr wie die Beurteilung der Berufstauglichkeit Ohrenkranker. Hierüber finden wir Aufschluß in folgenden Arbeiten:

21. **Hammerschlag**, Über die Simulation von Ohrerkrankungen mit besonderer Berücksichtigung der Unfallerkrankungen des Ohres. (Sep. A. aus der Wien, med. Wochenschr. Nr. 29 u. ff. 1904. Wien, Moritz Perles.)

22. **Gowsejew**, Neue Methode zur Feststellung der Simulation von Taubheit. (Ruskii Wratsch. Nr. 49. 1903. ref. Arch. f. Ohrenheilk. B. 62. S. 324.)

23. **Ganshinsky**, Simulation und vorsätzliche Körperverstümmelung bei den Armeniern. (Wojenno mediz. Shurnal Oktober 1903. ref. ebenda.)

24. **Frantzius**, Bemerkung zu vorstehender Arbeit. (ebenda Januar 1904.)

25. **Toubert**, Über die Bedeutung der persistenten Trommelfellperforationen hinsichtlich der Tauglichkeit zum Militärdienst. (Militärarzt Nr. 1 u. 2. 1904.)

26. **Stein**, Die Grenzen der Schwerhörigkeit. (Nordisk mediz. Archiv. 1903. I. H. 4. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 48. H. III.)

Hammerschlag (21) hat in einer sehr umfassenden und dankenswerten Arbeit die Frage der Simulation bei Unfallerkrankungen des Ohres und deren Begutachtung behandelt. Diese Monographie wird ebenso wie die Arbeit von Bernhard, für jeden, der mit solchen Fällen in der Praxis zu tun hat, ein wertvolles Buch sein. Die ganze erste Hälfte desselben handelt von der Begutachtung Unfallverletzter. Nach einleitenden und orientierenden Bemerkungen über Simulation und Übertreibung und deren Begleitumstände wendet sich Verf. zu den „Aufgaben des Arztes bei Unfallerkrankungen des Ohres." Diese präzisiert er in folgenden vier Hauptfragen. 1. Besteht bei dem vom Unfalle Betroffenen ein objektiv nachweisbares Ohrenleiden? In dem Abschnitt wird zunächst ausführlich die Anamnese, die — womöglich klinische — Beobachtung und Untersuchung des Kranken besprochen. 2. Ist das vorhandene Ohrenleiden als Folge des erlittenen Unfalles zu betrachten, bzw. hat es, wenn schon vorher bestanden, durch den Unfall eine Verschlimmerung erfahren? Diese Frage kann nur auf Grund der bei Beantwortung der ersten erhobenen Befunde bisweilen entschieden werden, während man sich sehr häufig darauf beschränken muß, die Möglichkeit eines Zusammenhanges zuzugeben. 3. Ist die Erwerbsfähigkeit des Betroffenen durch die bestehende Unfallerkrankung des Ohres beschränkt und in welchem Maße? Diese Frage wird im Sinne des Unfall (nicht Kranken-) -versicherungsgesetzes behandelt, wobei die Erwerbsfähigkeit auf den gesamten Arbeitsmarkt bezogen wird, und der Beruf des Verletzten erst in zweiter Linie in Rechnung kommt. Es werden demnach im einzelnen die Fragen nach der Art der Erkrankung, die überhaupt eine Rente bedingt, dann erst nach der Besonderheit des

bei Bemessung der Rente eventuell zu berücksichtigenden Berufs sehr eingehend mit Heranziehung von Beispielen aus der Literatur erörtert. 4. Ist der Tod des Verletzten auf die Unfallerkrankung des Ohres zurückzuführen? Diese Eventualfrage kommt seltener in Betracht und ist meist auch leichter zu beantworten. Der Hauptmangel, der bei diesen Begutachtungen immer wieder zutage tritt, ist das gänzliche Außerachtlassen des Gehörorgans von seiten der meisten Ärzte bei der ersten Untersuchung der Unfallverletzten. Daher dann die Schwierigkeiten bei späteren Untersuchungen und die vielen Simulationsversuche, mit deren Entlarvung sich Verfasser in der zweiten Hälfte der Monographie beschäftigt. Von den zahlreichen Methoden zur Entlarvung einseitig simulierter Hörstörungen scheint sich am besten diejenige von Stenger zu eignen, weil sie die einwandfreieste ist. Die Methoden zur Erkennung beiderseitig simulierter Hörstörungen sind viel weniger zahlreich und noch weniger sicher. Hier ist die klinische Beobachtung von besonderem Wert. Vielleicht hat die Methode von Gowsejew (22), die auch Hammerschlag schon anführt, eine gewisse Zukunft. Sie beruht darauf, daß der Normalhörige Gefühls- und Gehörsempfindung nicht auseinanderhalten kann, wenn man ihm den Rücken mit einer Bürste streicht. Nimmt man nun statt der Bürste die Hand und streicht damit über den Rücken des Prüflings, während man sich selbst den Rock bürstet, so wird der Normalhörige glauben, daß man seinen Rücken bürste, während der Taube eine Empfindung allein hat und sich nicht irrt. Referent vermißt in diesen Arbeiten einige einfache Methoden zur Entlarvung von simulierter Schwerhörigkeit. Die erste ist die, daß man im Gespräch die anfangs laute Sprache immer mehr dämpft, was dem Patienten leicht unbemerkt bleibt. Die zweite beruht auf der Erfahrung, daß Simulanten sehr oft angeben, Flüstersprache nur unmittelbar am Ohr zu hören, wenn sie dort den Hauch des Sprechenden fühlen. Diese Luftbewegung kann man nun vom Assistenten, der den Kopf hält, erzeugen lassen und sich dabei langsam von dem zu untersuchenden Ohr entfernen, wobei man dann gewöhnlich ganz richtige Antworten erhält. Diese einfachen Hilfsmittel führen natürlich nicht immer, aber doch recht häufig zum Ziel.

Ganshinsky (23) berichtet über drei Armenier, die sich ihr gesundes Trommelfell mit Wachs überziehen ließen, um sich dem Militärdienst zu entziehen. Der otoskopische Befund kann in solchen Fällen sehr täuschend sein, wenn die Wachsschicht dünn ist.

Frantzius (24) bemerkt ergänzend hierzu, daß es sich nicht immer um Simulation handeln muß, da bei jenen Leuten die Sitte bestehe, gegen Ohrschmerzen einen gewachsten Papiertrichter ins Ohr zu halten uud ihn am anderen Ende anzuzünden. Die Wärme und die entstehende Luftverdünnung sollen schmerzstillend wirken. Das Entstehen von Wachspfröpfen bei dieser Gelegenheit wäre also plausibel.

Toubert (25) mißt Perforationen des Trommelfells im allgemeinen nur dann Bedeutung für die Militärdiensttauglichkeit bei, wenn sie von chronischer Mittelohreiterung begleitet sind, Doch soll man jeden einzelnen Fall sorgfältig untersuchen und während der Dienstzeit im Auge behalten, wenn die Perforation trocken ist. Vom Schwimmen sind solche Soldaten zu befreien; sobald eine Mittelohreiterung auftritt, so gehören sie ins Lazarett, kommt es zu einer Knochenaffektion, so sind sie zu entlassen.

Stein (26) sucht im Interesse einer richtigen Begutachtung Schwerhöriger hinsichtlich ihrer Erwerbsfähigkeit die zu der Ausübung des jeweiligen Berufs nötige Hörfähigkeit festzustellen. Er teilt die Schwerhörigen nach dem Beruf in vier große Gruppen, die er dadurch abgrenzt, daß er die obere Grenze der Hörweite, über die aber noch geklagt wird, ferner die unterste, über die eben nicht mehr geklagt wird, festlegt. Zwischen den erhaltenen Werten liegt die nötige Hörweite. Für Menschen ohne besondere Verwendung des Gehörs im Beruf, die nur soviel hören müssen, um auf der Straße ungefährdet verkehren zu können, fand er als Minimum eine Hörweite für Flüstersprache von 1 m für Frauen in verschiedenen Berufen 1,5 m, für Männer, die gruppenweise arbeiten, 2 m, für Bedienstete 3—7 m, für Schulkinder, Ärzte, Musiker und Hebeammen mindestens 7 m.

Über Verletzungen von Nase, Nebenhöhlen usw. sind nur einige wenige Arbeiten erschienen:

27. **Texier.** Sur un cas de corps etranger des fosses nasales, par explosion d'une arme de feu. (Revue hébd. de laryngologie. No. 31. 1904.

28. **Aubaret,** Plaies par armes de feu et corps étrangers du sinus maxillaire. (Internat. otolog. Kongreß Bordeaux 1904.)

29. **Veyrassat,** Un cas de luxation des os propres du nez. (Revue médic. de la Suisse Romande 1904. p. 55. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 47. H. 4. p. 425.)

30. **Russakow,** Zur Kasuistik der Makroglossie. (Dietskaja Medizina No. 3 1903. ref. Zeitschr. f. Ohrenh. B. 47, H. 1, p. 111.)

Texier (27) behandelte einen 43jährigen Mann mit einer suborbitalen Fistel links und einer gleichseitigen Naseneiterung. Vor 10 Monaten hatte ein Trauma die linke Wange getroffen, hieraufolgte Schwellung und 10 Tage später Abszeß und Fistelbildung, gleichzeitig Naseneiterung. Die Sonde dringt 12 cm in nasaler Richtung in die Fistel ein. Die mittlere Muschel links war geschwollen und berührte die Nasenscheidewand. Daselbst fand sich eine schwärzliche harte Masse, die auch im rechten mittleren Nasengang sichtbar war. Die Sonde durchdringt an der gleichen Stelle von der Fistel aus das Septum. Die Entfernung eines 3 mm dicken Bleistückes gelang durch die Fistel, nachdem es mittelst Nasenzangen von rechts nach links geschoben war. Zur Erklärung dient, daß dem Patienten vor zwei Jahren bei einer Gewehrexplosion der linke Arm amputiert worden war. Das Gewehr hatte zwei Ladungen enthalten und der Lauf war geplatzt. Damals entstand die erste Wunde der Suborbitalgegend. Der später extrahierte Fremdkörper stammt von dieser Verletzung.

Aubaret (28) berichtet über 4 Schußwunden der Kieferhöhle, herrührend von zwei Revolver- und Gewehrschüssen. Zweimal wurde die Kugel extrahiert. Wichtig bei der Untersuchung solcher Verletzungen ist die Durchleuchtung. A. schlägt die Eröffnung von der Fossa canina aus vor oder von der fazialen Seite, wenn Wunden da sind. Stellt man Knochensequester fest, so trage man die laterale Nasenwand ab wie beim chronischen Empyem der Kieferhöhle, um eine breite Kommunikation mit der Nase zu haben. A. bevorzugt das Verfahren nach Luc. Cladwell.

Veyrassat (29) sah eine glücklich verlaufene Nasenverletzung bei einem 33jährigen Schuhmacher. Ein Schlag mit einem Holzschuh hatte die linke Seite der Nasenwurzel getroffen. Beide Nasenbeine waren nach rechts luxiert. Reposition und Heilung gelang ohne Fixationsverband.

Russakow (30) liefert in seiner Publikation einen seltenen Beitrag zur Lehre von der Entstehung der Makroglossie: Ein 5jähriger Junge erhielt durch einen Unfall eine leichte Zungenverletzung. Nach drei bis vier Tagen trat Fieber auf, die Zunge und die Submaxillardrüsen schwollen an. Im Laufe des nächsten Monats nahm die Zungenschwellung etwas ab, blieb aber dann stationär. Die Größenverhältnisse waren: Länge 6 cm, Breite 5 cm, Dicke 2 cm. Die Oberfläche war uneben und körnig geworden. Ein Keilexzision hatte nur vorübergehenden Erfolg. Mikroskopisch fand sich ein Lymphangiom der Zunge, das wohl angeboren war, aber sich unter dem Einfluß des Traumas stärker entwickelte.

Zum Schlusse seien aus obigen Spezialgebieten noch Monographien erwähnt, die der Redaktion zur Besprechung zugegangen sind und mehr allgemeines Interesse haben.

31. **Bresgen,** Die hauptsächlichsten kindlichen Erkrankungen der Nasenhöhlen, der Rachenhöhle und der Ohren. (Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Nasen-, Ohren-, Mund- und Halskrankheiten, Herausg. v. Heermann. Heft 8 des VII. Bandes.)

32. **Hölscher,** Die otogenen Erkrankungen der Hirnhäute ebenda, Heft 6 u. 7. Halle. (Marhold. 1904.)

33. **Grunert,** Die Pflege des Ohres und die Verhütung von Ohrerkrankungen. (Medizinische Volksbücherei. Herausg. von Witthauer. Halle. Marhold. 1904.)

Bresgen (31) bringt eine Abhandlung aus der Praxis für die Praxis, die, wie er mit Recht fordert, als Ganzes gelesen werden soll. Es geht daraus hervor, wie wertvoll die richtige Erkennung und Behandlung der katarrhalischen Zustände im Kindesalter für die Entwicklung und Gesundheit der Kinder ist und wie viel hier oft übersehen wird, z. B. bei Nasenbeinbrüchen die Dislokation und die darauf folgende Verengerung des Nasengangs, ferner bei chronischen Nasen- und Rachenaffektionen die Gefahren für Ohr, Sprachentwicklung und geistige Entwicklung. Die Abhandlung gehört in die Hände der Schul- und Kinderärzte in erster Linie, aber auch den Hausärzten wird sie ein wertvoller — leider muß man noch immer sagen — Mahnruf sein.

Hölscher (32) behandelt die otogenen Extraduralabszesse in seiner ersten Monographie auf Grund der Literatur und einer reichhaltigen und interessanten eigenen Kasuistik. Die Arbeit gibt ein klares und umfassendes Bild der in Rede stehenden Erkrankung.

Grunert (33) will durch seine Schrift in Laienkreisen Verständnis für Ohrenkrankheiten und deren Verhütung erwecken, während deren Heilung natürlich Sache des Arztes bleibt. Er weist zunächst auf die volkswirtschaftliche Bedeutung der Ohrenkrankheiten hin und erörtert dann Schutzmaßregeln zu deren Verhütung, soweit sie durch Katarrhe der oberen Luftwege oder durch unzweckmäßige Manipulationen am äußeren Ohr entstehen. Ferner warnt er vor Unvorsichtigkeiten beim Baden von seiten solcher, die offene Trommelfellüken haben, vor fahrlässigen Verletzungen des Ohres. In einem besonderen Abschnitt ist von den Berufskrankheiten und deren Vorbeugung die Rede. Schließlich werden die Symptome der Ohrenleiden im allgemeinen besprochen und anläßlich dieser Auseinandersetzungen wird auf die Wertlosigkeit und Gefährlichkeit der Schwindelartikel hingewiesen, welche die Tagespresse anpreist.

Allgemeines.

Über epidurale Blutaustritte in verbrannten Leichen.

Von Hofacker.

Bemerkungen zur Mitteilung des Medizinalrats Dr. Leonpacher in Heft I 1904 von Friedreichs Blättern für gerichtliche Medizin.

(Friedreichs Blätter für gerichtliche Medizin. 1904.)

Leonpacher hatte bei der Obduktion eines verbrannten Leichnams — die Kopfhaut war zerstört, das Schädeldach verkohlt — auf der harten Hirnhaut einen Bluterguß gefunden, dem er eine vitale Entstehung zusprach, um so mehr, als nachweislich der Verstorbene kurz vor dem Tode einen Schlag gegen den Kopf erhalten hatte. Hofacker bezweifelt, wie dem Referenten scheint, nicht mit Unrecht, die Erklärung Leonpachers. Der Verstorbene, ein hochbejahrter Mann, war, nachdem er den Schlag erhalten, noch eine Stiege zum Heuboden hinaufgegangen, der Bluterguß fand sich auf der Seite der größten Hitzewirkung, und es liegt die Vermutung am nächsten, daß dieser Bluterguß erst postmortal durch die Hitzeeinwirkung entstanden ist. Es wären durch diesen wie durch einen andern, an gleicher Stelle mitgeteilten Fall Hofackers neue Beweise erbracht für die Art der postmortalen Entstehung von epiduralen Hämatomen, wie sie durch die Experimente Straßmanns (XV. Hauptversammlung des preußischen Medizinalbeamtenvereins 1898) gezeigt worden ist. Marx-Berlin.

Infantile Mortality From „Overlaying".

By W. H. Willcox-M. D. London.

(Brit. Medical Journal. September 1904. S. 753.)

Das Ersticken der Kinder unter einem Jahr im Bett, eine bei uns in Deutschland gewiß recht seltene Todesursache, scheint in England und besonders in London einen nicht unwesentlichen Anteil an der verhältnismäßig hohen Kindersterblichkeitsziffer zu haben. In der Zeit von 1891 bis 1900 starben auf diese Weise in England und Wales ohne London 46,45 auf eine Million der Bevölkerung und in London sogar 139,44 auf 1 Million. Für den Zentraldistrikt London gibt der Distriktsarzt im Jahre 1903 sogar 102 Todesfälle durch Ersticken an. Der Gebrauch der Wiege ist in der ärmeren Bevölkerung fast gänzlich unbekannt. Die Kinder unter einem Jahr schlafen meistenteils im Bette der Eltern zwischen Vater und Mutter. Auffallend ist die Tatsache, daß die meisten derartigen Todesfälle sich in der Nacht vom Sonnabend auf Sonntag oder Sonntag auf Montag ereignen. Es läßt sich daraus schließen, daß auch Trunkenheit der Mütter ein nicht unwesentlicher Faktor ist. In Deutschland würden derartig nachlässige Mütter sicher wegen fahrlässiger Tötung angeklagt und mit einigen Jahren Gefängnis bestraft werden. In England ist man zu einer derartigen gesetzlichen Maßnahme bisher nicht geschritten, sondern hofft durch Aufklärung der Mütter und durch Empfehlung des Gebrauches von Wiegen dem Übelstande abzuhelfen. J. Meyer-Lübeck.

Rigor Mortis in Stillborn Children and its Importance from a Medicolegal Point of View.

By C. H. W. Parkinson.

(British. Medic. Journal. September 1904.)

Totenstarre kann schon im Uterus eintreten und entweder ablaufen vor Beendigung der Geburt oder während der Geburt eintreten, die Geburt stören und noch nachher anhalten. Tritt der Tod gegen Ende der Geburt ein und wird die Frucht bald nachher ausgestoßen, so kann die Totenstarre später eintreten. Bei lebendgeborenen Kindern tritt die Totenstarre in der gewöhnlichen Art und Weise ein, d. h. die Glieder werden steif in der Lage, in welcher sie sich gerade befinden, bei totgeborenen Kindern nehmen die Glieder dagegen immer, wenn sie auch vorher ganz lose gelegen haben, wieder die Form wie bei Lagerung des Kindes in der Gebärmutter an. Letzterer Umstand ist wichtig bei Fällen, wo es sich um den Verdacht des Kindesmordes handelt, weil man aus dieser Art der Totenstarre schließen kann, daß das Kind nicht lebend zur Welt gekommen ist. J. Meyer-Lübeck.

Die normalen und anormalen Handtellerlinien und ihre Bedeutung für die Unfallheilkunde.

(S.-A. aus der Mon. f. Unfallheilk. 1904.)

Die normalen Handtellerlinien können für die Unfallheilkunde dadurch Bedeutung erlangen, daß sie an der meist gebrauchten Hand schärfer ausgeprägt, tiefer als an der anderen sind. Sie bilden also gegebenenfalls ein objektives Zeichen für Linkshändigkeit, was bei Begutachtung von Verletzungen der oberen Extremität wesentlich ins Gewicht fallen kann. Abnorme Handtellerlinien können unter Umständen als Degenerationszeichen in Betracht kommen. Objektiv lassen sich die Hand-

tellerlinien und ihre verschiedene Tiefe bequem durch Rußpapierabdrücke fixieren. Lehfeldt.

Note sur la méthode dermographique appliquée à la pathologie humaine.

Von Prof. Lannelongue.
(La méd. das acc. du travail. Mai 1904.)

Wenn es seit langem üblich ist, die Ergebnisse der Perkussion auf der Brust und Bauchhaut dermographisch zu fixieren, so hat Lannelongue diese Methode systematisch auch auf andere Körperteile in analoger Weise angewandt. Sehr richtig ist es, zunächst den kranken Körperteil und den entsprechenden der gesunden Seite in genau gleiche Lage zu bringen, da sich die Lage der Knochenvorsprünge zur bedeckenden Haut je nach der Stellung des Gliedes stark ändert. Dann werden zunächst auf der gesunden und danach auf der kranken Seite alle Knochenvorsprünge, Gelenklinien usw. genau abgetastet und mit Feder oder Buntstift auf die Haut markiert. An einer Reihe von Beispielen zeigt Lannelongue, wie beim Vergleich der gesunden mit der erkrankten Seite gewisse Unterschiede sofort in die Augen springen, die die Diagnose wesentlich erleichtern.

Lehfeldt.

Chirurgie.

Hyperalgetische Zonen bei Kopfschüssen.

Von Prof. Dr. Wilms.
(Berliner klinische Wochenschrift 1904. Nr. 36. S. 941.)

Eine Beobachtung des Verfassers bestätigt die schon früher von Milner aufgestellte Vermutung, daß hyperalgetische Zonen am Hals bei Kopfschüssen auch ohne Verletzung des Hauptsympathicusgebietes vorkommen können. Es handelt sich um einen 57jährigen Mann, der sich mit einem 7 mm Revolver gegen die Mitte der Stirn schoß. Patient war nach dem Schuß nicht bewußtlos. Die genauere Untersuchung ergibt eine symmetrische Hyperalgesie am Hals, die nach unten bis an die Clavicula reicht. Nach 19 Tagen trat Meningitis ein und am 16. Tage nach der Verletzung der exitus. Die hyperalgetische Zone war, solange Patient noch reagierte, immer nachzuweisen. Die Obduktion zeigte, daß der Sinus cavernosus und Umgegend nicht verletzt waren. Die Kugel war durch den vorderen Pol des rechten Stirnlappens in horizontaler Richtung bis in den rechten Seitenventrikel geflogen, hatte aber das Gehirn nur in der Distanz bis zum vorderen Ende des Vorderhorns des rechten Seitenventrikels verletzt. Die Kugel fand sich freiliegend im Hinterhorn. J. Meyer-Lübeck.

Über traumatische Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde.

Aus der medizin. Universitätsklinik zu Göttingen (Geb. Rat Ebstein).

Von Privatdozent Dr. A. Bickel.
(Deutsches Archiv für klin. Medizin 1903, 5/6.)

Mitteilung eines Falles von Lungenhernie, die ohne äußere die Thoraxwand penetrierende Wunde entstanden ist und sich erst Jahr und Tag nach einem Trauma entwickelt hat. Durch das Trauma (Stoß gegen die Brust) waren mehrere Rippen frakturiert; das Auftreten eines Hautemphysems wie der gleichzeitig sich anschließende Bluthusten bewiesen, daß Pleura und Lungen verletzt waren. Nachdem die an die Kontusion unmittelbar anschließenden Prozesse rückgängig geworden waren, bildete sich die Hernie aus. Die Vorbedingung für die Affektion scheint in der Läsion bzw. der Funktionsschädigung der Intercostalmuskeln neben der Erweiterung des Zwischenrippenraums zu liegen.

Im vorliegenden Fall wurde die Hernie nur bei starkem Exspirationsdruck manifest und reponierte sich spontan, sobald dieser nachließ.

Verfasser weist auf die Bedeutung derartiger Lungenhernien ohne penetrierende Thoraxwunde für die Unfallpraxis hin. Die Hernie kann sich erst Jahr und Tag nach dem erlittenen Unfall ausbilden, ohne daß man den Charakter als Unfallfolge wird leugnen dürfen. L. Mann-Mannheim.

Ein Beitrag zur Entstehung der Dekubitalgeschwüre im Pharynx.

Von Dr. Christoph Müller, Immenstadt.
(M. Med. Woch. 1901. Nr. 42.)

Infolge Sturzes auf den Kopf entstand bei einem 36jährigen Patienten eine Anschwellung seines Gefäßkropfes, welche zu Verdrängung des Kehlkopfes, Temperatursteigerung, Beklemmung, Brechreiz, Schlingbeschwerden, Husten, Hautemphysem und Auswürfen von Blutgerinnseln führte. Die Rachenschleimhaut war zu förmlichen Wülsten angeschwollen. Trotz Eröffnung des Hämatomes am Kropf trat der Tod ein; die Sektion ergab, daß durch Druck des Hämatomes auf die Pharynxwand diese nekrotisch geworden und das Geschwür in das Hämatom durchgebrochen war, wodurch das Hautemphysem entstand. Seelhorst.

Ein Fall von Herznaht.

Aus der chir. Abteilung des Rigaschen Stadtkrankenhauses. Chefarzt Dr. Bergmann.

Von Dr. A. Vogel.
(Zentr.-Bl. f. Chirurgie. 1901. Nr. 22.)

Die durch Resektion des 4. und 5. linken Rippenknorpels freigelegte Wunde führte durch Pleura und Perikard in die rechte Kammer und war in deren Wand $1^1/_2$—2 cm lang. Schluß mit 5 seidenen Knopfnähten, Naht von Perikard und Pleura. Resektion der 8. linken Rippe hinten zur Entfernung des Blutes aus der Pleura, Drainage. Die Naht des Perikard und der Pleura mußte 2 Tage nach der Operation wegen Fortdauer der gleich nach der Operation einsetzenden großen Atembeschwerden wieder geöffnet werden. Nach Ablassen des serös fibrinösen Exsudates aus dem Herzbeutel wurde nunmehr das Perikard drainiert. Obschon das Krankheitsbild mit hoher Pulsfrequenz und hohem Fieber 2 Wochen sehr schwer war, und in der 2. und 4. Woche erst linke dann rechte Lungeninfarkte auftraten, genas Patient und wurde nach $3^1/_4$ Monat entlassen, mit normalem Herz- und Lungenbefund und beschwerdelos selbst bei größeren Anstrengungen. Vorn bestand noch eine $^1/_2$ cm tiefe Fistel. Der Verlauf des Falles spricht mehr für Drainage des Herzbeutels als für primäre Naht. Seelhorst.

Traumatische Entstehung von Krampfadern.

Von Dr. Schmidt-Kottbus.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904, Nr. 8.)

Für die Entstehung von Krampfadern an den Beinen kommt außer der Stauung bei langem Stehen noch ein Faktor in Betracht, der besonders bei der Entstehung von Varizen in der Gravidität eine Rolle spielt, nämlich der starke Druck des Bauchinhaltes auf die in das kleine Becken mündende Schenkelvene. Sie macht über dem Schambeinbogen einen ziemlich starken Knick und verläuft im Becken anfangs mehr horizontal, so daß sie z. B. bei Anspannung der Bauchpresse und gleichzeitiger Inspiration durch den ins kleine Becken gedrängten Bauchinhalt leicht komprimiert werden kann. Auf diese Weise kann es auch zu plötzlicher Entstehung von Varizen kommen. So hat Düms solche nach Anheben eines Geschützes beobachtet. Einen analogen Fall hat Schmidt gemeinsam mit Prof. Thiem begutachtet. Ein Arbeiter, der seit Jahren an beiden Beinen Krampfadern hat, will einen Lowrykasten mit 30 Ztr. Steinkohlen umkippen; er stemmt sich dagegen, bückt sich und gleitet dabei mit dem

linken Fuß aus. Er klagt sofort über heftigen Schmerz in der linken Leiste, versucht am andern Tage noch 3 Stunden zu arbeiten, muß dann aber die Arbeit aussetzen. In den ersten beiden Instanzen wurde der Anspruch auf Rente abgewiesen. Schmidt und Thiem fanden bei dem Verletzten, der auf dem linken Bein leicht hinkte, Krampfadern an beiden Beinen, aber links viel stärker. Besonders auffällig war eine sackartige Erweiterung der Vena femoralis dicht unterhalb der Leistenbeuge. Sie war 5 cm lang und 2 cm breit. Besonders die Tatsache, daß der Verletzte die Arbeit aussetzen mußte, spricht sehr für die Möglichkeit, daß bei dem Ausgleiten des Fußes während einer starken Anstrengung die Vena femoralis gequetscht wurde, und daß sich daran die Ausbildung der Venenerweiterung anschloß.

Lehfeldt.

Innere Medizin.

Über plötzlichen Tod durch Herzlähmung.

Von Dr. E. Ehrnrooth-Helsingfors.
(Berlin 1904. August Hirschwald.)

Der Gerichtsarzt bezeichnet mit plötzlichem Tod das plötzliche Absterben anscheinend gesunder Persönlichkeiten, sei es, daß sie urplötzlich oder nach einem Unwohlsein von nur wenigen Stunden dahingerafft werden. In einer großen Anzahl solcher Fälle legt die Obduktion die Annahme eines Todes durch Herzlähmung nahe, einzelne Fälle bleiben indessen immer übrig, in denen eine pathalogisch-anatomische Diagnose nicht gestellt werden kann. In solchen Fällen müssen wir die eigentliche Ursache der Herzlähmung außerhalb des Herzens suchen: im Herznervenzentrum, in den Herznerven, in Veränderungen des Blutes oder in irgendeinem anderen Organ, von dem Reflexe auf das Herz wirken können. Dies sind indessen keine motorischen Reflexe im gewöhnlichen Sinne, sondern es handelt sich um „reflektorische Modifikationen der Muskelfunktionen“, die im negativen Sinne die Tätigkeit des Herzens beeinflussen. Nach der myogenen Theorie der Herzinnervation, an deren Richtigkeit wohl nicht mehr zu zweifeln ist, stellt sich das Herz dar als ein Muskel, der ohne Mitwirkung von Nerven und Ganglien nicht nur sich selbst erregt, sondern der auch die Sukzession und Koordination der Bewegungen seiner einzelnen Abteilungen ohne Mithilfe intrakardialer Nervenelemente in zweckmäßiger, die peristaltische Fortbewegung des Blutes veranlassender Weise auf rein myogenem Wege zustande bringt. Nach der myogenen Theorie unterscheidet man vier nervöse Grundfunktionen: Chronotrope, bathmotrope, dromotrope und inotrope: also Nerven, die zum Tempo, zum Schwellenwert des Reizes, zu der Reizleitungsfähigkeit und zur Kraft, Größe, Dauer und Verlauf des Kontraktionsvermögens Beziehung haben.

Die Lähmung des Herzmuskels kann also nicht mit der Lähmung des quergestreiften Muskels resp. dessen motorischen Nerven, wie es öfters geschieht, ohne weiteres verglichen werden.

Unter den Ursachen des plötzlichen Todes ist in erster Reihe die Arteriosklerose zu nennen und zwar die Sklerose der Herzschlagadern mit oder ohne Sklerose des Herzmuskels, der Klappen und des Endokards, ferner die Sklerose der Aorta und schließlich die universelle Arteriosklerose, sowie in einigen selteneren Fällen die Sklerose der Lungenschlagader.

Über die Sektionsresultate bei 16 derartigen Fällen von plötzlichem Herztod, bei denen sich Arteriosklerose fand, wird vom Verfasser eingehend berichtet. In den meisten Fällen zeigt sich eine erhebliche Dilatation sowohl der linken als der rechten Kammer. In vier Fällen zeigte sich mikroskopisch eine deutliche Diastase zwischen den Muskelfasern bei gleichzeitigem Zerfall der kollagenen, elastischen Fasern. Gemäß der myogenen Theorie kommt diesem Befund eine sehr erhebliche Bedeutung zu. Denkt man sich das Reizleitungsvermögen der Muskelzellen ohne Nervenfasern nur durch Kontakt zwischen den ebengenannten Zellen stattfindend, so kann die Reizleitung schwerlich ohne Hindernis in einer Muskulatur noch vor sich gehen, in welcher dieser innige Kontakt zwischen den Muskelzellen mehr oder weniger aufgehoben ist.

Fragmentatio myocardii, ein Zerlegen der Primitivbündel der Muskel in Fragmente hat sich in ungefähr ein Drittel der untersuchten Fälle ergeben. Mitunter fanden sich stark fettig entartete Muskelfasern wenig oder gar nicht fragmentiert, während danebenliegende, anscheinend normale, hochgradig zerklüftet waren. Ob die Fragmentatio überhaupt ein vitaler Vorgang ist, läßt sich noch nicht sicher beweisen, jedenfalls scheint sie von keiner gerichtsärztlichen Bedeutung zu sein. Von den näher beschriebenen Fällen des Verfassers haben, soweit die anamnestischen Angaben vorhanden sind, mindestens 50% vorher Anfälle von Angina pectoris gehabt. Manche sind auch in einem solchen Anfalle verschieden und es scheint sehr wahrscheinlich, daß noch viele mit Koronarsklerose, die vorher keinen Anfall gehabt haben, auch in einem solchen, dem ersten stenokardischen Anfall, gestorben sind. Äehnlich der Angina pectoris und häufig damit verwechselt ist das Asthma cardiale, welches sich hauptsächlich bei der Kardionephrosklerose findet, namentlich in solchen Fällen, die mit Lungenemphysem und anderen chronischen Lungenkrankheiten kompliziert sind und in denen man bei der Sektion meistens hochgradiges Lungenödem findet. In 29 Fällen des Verfassers fand sich Nephritis, in 43 von 80 Transsudation in Lungen oder Gehirn. Eine besondere Form der Arteriosklerose, nämlich die Kardio-bulbäre, ist die Stokes-Adamsche Krankheit, ausgezeichnet durch anfallsweise auftretende Pulsverlangsamung, apoplektiforme Anfälle mit epileptiformen Krämpfen und einem komatösen Zustand. Diese fand sich in vier Fällen.

Syphilis findet sich in der Anamese der plötzlichen Herztodesfälle sehr häufig, ebenso wie luetische Veränderungen am Herzen. Der plötzliche Tod infolge von Herz- resp. Aortasyphilis betrifft meist junge Individuen. In dem Material des Verfassers, wo anamnestische Angaben meist fehlen und nur in 20% der Fälle mikroskopische Untersuchungen vorgenommen wurden, läßt sich nicht viel Interessantes über Herzsyphilis finden.

Hämatoperikardium fand sich in 12 Fällen. In gerichtlich medizinischer Hinsicht ist wichtig, daß der Tod bei Hämatoperikardium meist nicht plötzlich durch die Verblutung, sondern durch die sogenannte Herztamponade eintritt.

Fettherz und Fettdegeneration des Herzmuskels, Krankheiten ganz verschiedener Art, die nicht mit einander verwechselt werden dürfen, aber nicht selten gleichzeitig mit einander vorkommen, sind häufig Ursachen des plötzlichen Herztodes. In den meisten Fällen von Arteriosklerose fand sich mehr oder weniger Fettdegeneration, außerdem fünf Fälle, wo außer Degeneratio adiposa cordis keine andere Veränderung zu konstatieren war.

Chronisch-latente Endokarditis findet man bei plötzlichen Todesfällen nicht selten. Meist haben sich die chronischen Herzklappenfehler auf arteriosklerotischer Basis entwickelt und sind mit Aorten- und Kranzarteriensklerose kompliziert. In zwei Fällen fand sich chronisch adhäsive Perikarditis als einzige Todesursache.

Plötzlicher Tod durch Herzlähmung kommt verhältnismäßig häufig vor bei Individuen mit Bildungsanomalien der Aorta, vor allem ist es die Enge des Aortensystems, namentlich bei jungen Mädchen, die dadurch zur Chlorose neigen. Neubildungen des Herzens sind selten. Tod durch persistierende Thymus, von manchen als Todesursache noch angezweifelt, fand sich in den 125 Fällen des Verfassers viermal.

Von den Gelegenheitsursachen des plötzlichen Todes durch Herzlähmung sind außer latent verlaufenen infektiösen Krank-

heiten in erster Linie zu nennen körperliche Anstrengungen und psychische Erregungen. Reflektorische Beeinflussungen, sowohl hemmende als verstärkende Herzreflexe, können von den verschiedensten Organen ausgelöst werden. Besonders empfindlich in dieser Beziehung sind die Hoden, Uterus und die Ovarien, sowie das Epigastrium bei Schlägen und Stößen gegen dasselbe.

Der plötzliche Herztod läßt sich durch keine sicheren anatomischen Merkmale erkennen. Die noch hier und da angegebene Blutfüllung des linken Ventrikels ist ebensowenig ein Zeichen für die plötzliche Herzlähmung wie die Ekchymosen und Blutergüsse gegen primäre Herzlähmung sprechen.

Da sich die plötzliche Herzlähmung aus keinem sicheren anatomischen Merkmal erkennen läßt, sondern fast mehr durch die negativen Leichenbefunde und auf Grund der Umstände, unter welchen der Tod eingetreten ist, so ist es für den Obduzenten von der allergrößten Bedeutung, möglichst vollständige Angaben darüber zu bekommen, wie der Betreffende gestorben ist und ob er etwa früher unter Umständen in ähnlicher Weise und mit ähnlichen Symptomen erkrankt war. J. Meyer-Lübeck.

Die Ätiologie der Arteriosklerose.

Von Dr. Moritz.

(St. Petersburger med. Wochenschr. 1904. Nr. 12.)

Moritz suchte nach zahlenmäßigen Beweisen für den Einfluß von Syphilis und Alkohol auf vorzeitige Entwickelung der Arteriosklerose. Er zählte 100 Patienten unter 60 Jahren aus, die an Arteriosklerose, Aortenaneurysma, Angina pectoris oder degenerativer Myocarditis litten. Angeschlossen wurden Klappenfehler nach rheumatischer Endokarditis, sekundäre Degenerationen des Myocards und das Fettherz der Trinker. In Bezug auf Syphilis ließen sich die Antecedentien in 87 Fällen feststellen; bei 47 Patienten wurde sie direkt festgestellt, die 40 anderen leugneten sie. Somit hatten 54 % der Kranken an Syphilis gelitten, während in der allgemeinen Bevölkerung die Anzahl der Syphilitischen unter den männlichen Erwachsenen nach Erb 12 % beträgt. Etienne in Nancy fand unter 240 Kranken mit Aortenaneurysma 69 % Syphilitiker. — Über den Einfluß des Alkohols ließen sich in 89 Fällen zuverlässige Angaben gewinnen. 47 Kranke (= 53 %) waren starke Trinker, 38 (= 42,5 %) mäßige Trinker und 4 (= 4,5 %) genossen nur unbedeutende Alkoholmengen. Unter den oben angeführten 47 Syphilitischen waren 24 starke, 16 mäßige Trinker, während bei den übrigen 7 nichts Genaues zu ermitteln war. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Beitrag zur Ätiologie der Entbindungslähmungen.

(Klinik Schauta.)

Von Dr. Stolper.

(Wien. med. Wochenschr. Nr. 32. 1903.)

Verf. hat schon früher über diese Affektionen, die sich als Duchennesche Lähmungen charakterisieren, veröffentlicht. Er bringt wieder zwei Fälle, in welchen die Zerrung des V. und VI. Zervikalnerven durch starken Zug am Kopfe bei schwieriger Entwicklung der Schultern zustande gekommen war. Das Radiogramm lieferte den Beweis, daß es sich nicht etwa um Epiphysenlösungen gehandelt hat. Schwarze.

Durch Nervenanastomose geheilte traumatische Fazialislähmung.

Von W. Mintz. Chirurg am Altkatharinenhospital zu Moskau.

(Centralbl. f. Chir. 1904.)

Es gelang dem Verfasser bei einem 30jährigen Manne, welchem bei Radikaloperation wegen chronischer Mittelohreiterung der Fazialisstamm verletzt war, die totale Fazialislähmung in eine Parese zu verwandeln, welche sich unter elektrischer Behandlung noch zusehends bessert, indem er den Fazialisstamm bei dem Eintritt in die Parotis aufsuchte, quer durchtrennte und ihn mit dem für den Sternocleidomastoideus bestimmten Teil des Accessorius, der ebenso quer durchtrennt wurde, Ende zu Ende vernähte. Die Herstellung der Funktion im gesamten Fazialisgebiet begann nach zwei Monaten. Seelhorst.

Ein Fall von Hirntumor nach Trauma. Operation.

Von Dr. E. Liefmann-Hamburg.

(Berliner klinische Wochenschrift 1904 Nr. 36. S. 949.)

Verf. berichtet über einen Fall von Hirntumor, welcher wohl geeignet ist, die traumatische Entstehungsweise von Geschwülsten wahrscheinlich zu machen.

Es handelt sich um einen bisher gesunden Steward, der freilich wahrscheinlich, wenn auch nicht sicher, vorher luetisch infiziert war. Dieser erleidet ein heftiges Kopftrauma durch Stoß mit dem Kopf gegen eine eiserne Schottentür des Dampfers. Die Wunde hinterläßt über dem rechten Scheitelbein eine Narbe von einigen Zentimetern Länge. Der Mann fühlt sich hinterher völlig wohl, erkrankt über 8 Monate später an überaus heftigen Kopfschmerzen. Wiederum 8 Monate später beginnen die Zeichen einer isolierten Rindenerkrankung in Gestalt von Krämpfen im linken Arm, die endlich auch das linke Bein ergreifen und zu Hemiparese führen. Dabei bestand hochgradige Stauungspapille. Das Sehvermögen schwindet rapide. Eine eingeleitete antiluetische Kur (Hg. und Jod) blieb ohne jeden Erfolg. Bei der darauf vorgenommenen Operation wird ein zirka hühnereigroßer Tumor entfernt. Der Tumor ließ sich nicht deutlich gegen das gesunde Gewebe abgrenzen und erwies sich bei der Untersuchung als ein Spindelzellensarkom. Nach drei Wochen wird, da sich die Anfälle im linken Arm immer noch wieder einstellen, in Narkose, wiederum ein kugeliger Tumor konstatiert. Bis zum Kugeläquator ließ sich dieser Tumor von der Umgebung ablösen, ging aber in der Tiefe diffus in das Hirngewebe über und konnte daher nur teilweise entfernt werden. Patient überstand auch diesen Eingriff gut. Es bildete sich ein allmählich zunehmender Hirnprolaps. Das Befinden besserte sich dann zeitweise. Verf. verlor den Patient dann aus den Augen; er wird wohl inzwischen seinem Tumor erlegen sein. Interessant an dem Fall ist das der Erkrankung vorhergehende Kopftrauma. Wir hahen die Kopfverletzung, den Ort derselben genau bezeichnet durch eine Narbe, welche z. T. zusammen fällt mit der auf das Schädeldach projizierten vorderen Zentralwindung, wir haben nach achtmonatlicher Latenz den Beginn der allgemeinen Hirnsymptome, ein Jahr später wird der Mann trepaniert und genau unter der Narbe findet man das Sarkom. Dem Kranken wurde auf Grund des Gutachtens, welches den Zusammenhang zwischen dem Unfall und der Geschwulstbildung als sehr wahrscheinlich bezeichnet, die volle Unfallrente zugesprochen.

J. Meyer-Lübeck.

Über einen Fall von Hirnabszeß bei katatonischem Krankheitsverlauf.

Von R. Schmidt.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 61. H. 5.)

Verfasser berichtet über die Erkrankung eines 24jährigen Mädchens, die uns beweist, wie schwierig es selbst bei jahrelanger ständiger Beobachtung sein kann, eine Psychose mit einem bestehenden organischen Leiden in Zusammenhang zu bringen. Die Kranke, hereditär stark belastet, hatte im 19. Jahre Diphtherie, kam körperlich allmählich herunter, verlor den Appetit, war mißmutig und unlustig zur Arbeit, litt an Kopfschmerzen, Magenkatarrh usw. Im 24. Jahr erfolgte die Aufnahme in die Anstalt (Alt-Scherbitz). Sie war teils albern

läppisch, erotisch erregt, teils ganz still, wochenlang stumm. Neben ausgesprochenem Negativismus Neigung zu impulsiven Handlungen. Daneben zahlreiche Sinnestäuschungen und Wahnideen meist persekutorischen Jnhalts. Der ganze Verlauf fortschreitend bis auf eine kurze Zeit der Remission. Von körperlichen Krankheiten besonders bemerkenswert ein Gesichtserysipel etwa 11 Monat vor den Tod. Der Tod erfolgte nach heftigen Durchfallen und Erbrechen unter dem Bilde der Erschöpfung. Der Puls war öfter unregelmäßig, dies konnte aber auf körperliche Erkrankungen oder Erregungszustände zurückgeführt werden. Der Augenhintergrund ist nicht untersucht worden. Die Diagnose war erst auf Hysterie, dann auf Katatonie gestellt. Die Sektion ergab einen hühnereigroßen Gehirnabszeß in der Gegend des linken oberen Scheitellappens. Hoppe-Uchtspringe.

Über akute Geistesstörungen nach Hirnerschütterung.

Von Reichardt.

(Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 61, H. 4.)

Von den in der Literatur als „Geistesstörungen nach Kopfverletzungen" beschriebenen Zuständen will R. eine Gruppe als Geistesstörungen nach Hirnerschütterung absondern, in welchen nach den Traumen zuerst die Hirnerschütterung das klinische Bild beherrscht, ohne daß der weitere Verlauf das Vorhandensein umfangreicher Blutung oder starker Absprengung des Schädeldaches wahrscheinlich macht. Da eine Hirnerschütterung auch durch Fall auf das Gesäß oder die Füsse erfolgen kann, tritt diese schon hierdurch aus dem Rahmen der Kopfverletzungen (in gewöhnlichem Sinne) heraus. Direkt verursacht durch die Hirnerschütterung werden 1. vorübergehende oder bleibende Mängel der Intelligenz, in erster Linie des Gedächtnisses; 2. akute Psychosen, die ausheilen können oder mit Verblödung enden; 3. Charakterveränderungen (Reizbarkeit, Alkoholintoleranz usw.); 4. Schwachsinn (Dementia posttraumatica), der dem paralytischen oder auf starker Arteriosklerose beruhenden sehr ähnlich werden kann. Während die chronischen Geistesstörungen bereits allgemein bekannt sind, scheint es an Beobachtungen der akuten Geistesstörungen nach Hirnerschütterung zu fehlen. Verf. berichtet deshalb über sieben Fälle, die zum Teil in der Würzburger Klinik beobachtet wurden, zum Teil aus der Literatur gesammelt sind. Die Krankheit hatte Personen befallen, die vorher geistig absolut gesund waren. Als Ursache der Erkrankung kam fünfmal nur die Gehirnerschütterung in Betracht. Die Psychose selbst entwickelte sich aus einem deliriösen oder somnolenten Stadium, hatte eine Dauer von drei bis fünf Wochen, endete meist mit völliger Wiederherstellung und bot ein sehr verschiedenes klinisches Bild. Je nachdem vorwiegend die sensorischen Projektionsfelder oder Rindenabschnitte getroffen waren, entwickelten sich Störungen der Apperzeption, primären Identifikation und solche der räumlichen Orientiertheit, Seelenblindheit, Asymbolie und ein der Korsakowschen Psychose sehr ähnlicher Symptomenkomplex. Von Gedächtnisdefekten fanden sich Störungen der Merkfähigkeit und retrograde Amnesie. Wie die mitgeteilten Krankengeschichten zeigen, sind die Aussichten auf völlige Wiederherstellung nicht ungünstige, bessere jedenfalls als eine Anzahl Autoren annimmt, die jede posttraumatische Psychose in sekundären Schwachsinn übergehen läßt. Hoppe-Uchtspringe.

Myasthenia pseudoparalytica (Erbsche Krankheit) mit Zungenatrophie nach Überanstrengung.

Von Prof. P. K. Pel-Amsterdam.

(Berliner klinische Wochenschrift 1901 Nr. 35. S. 917.)

Es handelt sich um eine 22 jährige unverheiratete Putzmacherin, die unter Symptomen der Myasthenie erkrankte. Das Leiden begann mit Ermüdung beim Sprechen, dann traten Schluckbeschwerden ein, bald darauf Müdigkeit in den Armen und Beinen, Diplopie und Atembeschwerden. Zweimal hatte sie förmliche Erstickungsanfälle. Bei absoluter Ruhe besserten sich die Beschwerden, traten jedoch bald wieder auf. Nach einjähriger Dauer des Leidens wurde die Kranke in die Klinik aufgenommen. An der Diagnose Myasthenia pseudoparalytica konnte nicht gezweifelt werden. Dagegen sprach höchstens der Befund der Zungenatrophie, während sonst gerade das Fehlen trophischer Störungen an der Muskulatur als charakterisch für die Krankheit angesehen wird. Die Veranlassung zu der Erkrankung war nach Ansicht des Verf. eine ganz kolossale Überanstrengung. Die Kranke hatte täglich zirka 15 Stunden gearbeitet, ohne sich dabei irgendeine Ruhepause zu gönnen. Dabei waren außerdem ungünstige häusliche Verhältnisse vorhanden, welche als disponierende Momente mitwirkten. Der Krankheitsprozeß spielt sich vorwiegend im Zentralnervensystem ab, wenn auch die übereinstimmenden Befunde von Weigert, Goldstein und Link, welche multiple kleine Zellherde in verschiedenen Muskeln fanden, nicht zu unterschätzen sind.

Während des Druckes der Arbeit ist die Pat. verstorben. Makroskopisch wurde am Nervensystem keine Anomalie aufgefunden. Die genauere mikroskopische Untersuchung steht noch aus. J. Meyer-Lübeck.

Über einen Fall von multipler progressiver Muskelatrophie nach Trauma.

Von St.-A. Dr. Henning-Graudenz.

(Dtsch. militärztl. Ztschr. 1903. Nr. 2.)

26 jähriger Kranker aus gesunder Familie. In der Anamnese keine erhebliche Belastung, keine schädigenden Einflüsse, wie schwere Infektionskrankheiten, Lues, spinale Kinderlähmung, schwere Durchnässung oder toxische Einflüsse (Blei, Arsen, Nikotin, Alkohol). Am 5. September 1900 erhält er beim Abschirren der Pferde einen Hufschlag in den unteren Teil des Rückens, fällt zu Boden und quetscht sich den rechten Arm. Alsbald nach dem Unfall Rückenschmerzen und Schwäche im Kreuz. Bis zum Februar 1902, wo H. den Kranken vorstellte, entwickelte sich eine progressive Atrophie der Muskeln des Rückens, Becken- und Schultergürtels, während die vom Rumpf entfernter liegenden Teile der Extremitäten intakt blieben. An den erkrankten Muskeln partielle Entartungsreaktion, Sensibilität ungestört, keine fibrillären Zuckungen. Das Krankheitsbild (das durch vier lehrreiche Abbildungen erläutert ist) entspricht der Erbschen progressiven juvilen Muskelatrophie. Über die Entstehung dieses Leidens wissen wir nichts Sicheres; im vorliegenden Fall ist die Abhängigkeit vom Unfall zwar nicht bestimmt nachzuweisen, aber vom Standpunkt des Gutachters doch als sehr wahrscheinlich zu bezeichnen. Lehfeldt.

Zwei ärztliche Obergutachten.

Von Prof. Eulenburg-Berlin.

(Amtl. Nachr. d. Reichsversicherungsamts. 1904. Nr. 10 u. 11.)

1. Entstehung einer Dementia paralytica durch einen sogen. „elektrischen Unfall". — Ein 1872 geborener, früher stets gesunder Elektrotechniker ist vom Dezember 1899 bis August 1901 in einem Elektrizitätswerk als Techniker angestellt. Im März 1902 erhebt sein Vater Anspruch auf Rente wegen geistiger Schwäche bei seinem Sohne, die später als Dementia paralytica erkannt wird. Er führt die Erkrankung auf einen im Juni 1901 erlittenen Unfall zurück. Damals habe sein Sohn eines Tages erzählt, er sei von einem elektrischen Strom mehrmals zu Boden geworfen worden, so daß er bewußtlos geworden sei. Er habe den Eindruck gemacht, als sei er im Kopfe nicht recht richtig. Er sei 8 Tage im Krankenhause gewesen, doch habe sich der Zustand so verschlimmert, daß er am 1. August 1901 von der

Fabrik als unbrauchbar entlassen sei. Die Berufsgenossenschaft weist den Anspruch ab, weil über den Unfall im Juni 1901 nichts zu ermitteln sei. Das Schiedsgericht aber stellt fest, daß der Erkrankte schon am 5. Januar 1900 einen „elektrischen Unfall“ erlitten habe. Beim Bedienen eines Telephons sprang damals ein Strom von anscheinend hoher Spannung auf ihn über; er war danach ganz blaß und verstört. Weitere Ermittlungen ergaben nun, daß schon im August 1900 Bekannten des Kranken sein verändertes, ungeschicktes Wesen aufgefallen sei, und die Zeugenaussagen lassen keinen Zweifel daran, daß die Anfänge der Erkrankung so weit zurückreichen. Im Anschluß an Jellineks „Elektropathologie“ hält Eulenburg für höchst wahrscheinlich, daß die geistige Erkrankung durch jenen Unfall bedingt sei. Daß die Krankheit nicht sofort, sondern erst einige Zeit nach dem Unfall zum Ausbruch kam, scheint für „elektrische Unfälle“ geradezu charakteristisch zu sein. Wahrscheinlich handelt es sich um mikroskopisch feine anatomische Veränderungen, deren funktionelle Folgen sich erst später bemerkbar machen.

2. Ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Betriebsunfall (Aufschlagen mit beiden Knien auf die eiserne Schiene eines Fahrstuhls beim Hinfallen) und einer Syringomyelie. — Ein 44 jähriger Mann erleidet am 17. Januar 1901 den geschilderten Unfall, wobei besonders das rechte Bein betroffen zu sein schien. Die ersten Gutachten sprechen nur von den Veränderungen an den Knien, wegen deren der Verletzte zuerst $33^1/_3$%, später 10% Rente erhalten sollte. Erst $13^1/_2$ Monate nach dem Unfall ist zum erstenmal die Rede von nervösen Störungen, die sich allmählich steigern, bis das ausgesprochene Bild der Syringomyelie entsteht. Der erste Gutachter glaubt einen Zusammenhang mit dem Unfall ausschließen zu wollen, der zweite hält einen solchen Zusammenhang für sehr wahrscheinlich und der dritte glaubt, daß das Leiden zwar schon früher bestanden habe, aber durch den Unfall verschlimmert und in seinem Verlauf beschleunigt sei. Für die letztere Annahme vermißt Eulenburg jeden Beweis; von einer Beschleunigung sei schon deshalb keine Rede, weil die Erkrankung erst so lange nach dem Unfall sich bemerkbar machte und auch weiterhin sehr langsam verlief. Dagegen nimmt er mit dem zweiten Gutachter an, daß das Rückenmarksleiden sehr wahrscheinlich durch den Unfall hervorgerufen sei. Dafür spricht die Tatsache, daß bei dem Kranken zwar auch die Arme, aber weit stärker die Beine, zumal das rechte, die für Syringomylie charakteristischen Empfindungsstörungen in bezug auf Temperatursinn und Muskelgefühl zeigten. Im gewöhnlichen Verlauf der Syringomyelie ist im Gegensatz dazu fast ausschließlich die obere Hälfte des Rückenmarkes, zumal der Halsteil, befallen.

In beiden Fällen sprach das R.-V.-A. auf Grund der Eulenburgschen Gutachten den Verletzten die Vollrente zu.

Lehfeldt.

Gerichtliche Entscheidung.

Aus dem Reichs-Versicherungsamt.

Die Einweisung in eine Heilanstalt muß durch berufungsfähigen Bescheid geschehen. Die Verletzten sind nicht verbunden, Operationen an sich vornehmen zu lassen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen.

Rekurs-Entsch. vom 29. III. 04.

Der Häuer Christian J. erlitt am 12. April 1900 auf Grube Penzberg durch Einfliegen eines Kohlensplitters in das linke Auge ein Hornhautgeschwür mit heftigen Entzündungserscheinungen, wodurch eine Herabsetzung der Sehschärfe auf $^5/_{100}$ entstand, J. bezog seit 1. September 1901 eine Unfallrente von 15% und wurde mit Schriftsatz vom 10. Oktober 1903 durch den Sektionsvorstand aufgefordert, sich in die Behandlung der Kgl. Universitätsklinik zu München zu begeben, weil nach ärztlichem Dafürhalten die Möglichkeit bestehe, daß durch Einleitung eines entsprechenden Heilverfahrens die bei J. vorhandene Erwerbsbeschränktheit wesentlich gemindert und voraussichtlich wieder volle Erwerbsfähigkeit herbeigeführt werden könnte. In dem Schriftsatz wurde bemerkt, daß, falls J. dieser Aufforderung nicht nachkomme, angenommen würde, daß durch das Heilverfahren die Unfallfolgen voraussichtlich gänzlich beseitigt worden wären. J. ließ die Aufforderung unbeachtet, weshalb der Sektionsvorstand mit Bescheid vom 29. Oktober 1903 die Rente von 15% mit Wirkung vom 1. November 1903 ab vorläufig für die Dauer eines Jahres in Anwendung des § 23 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. einstellte. Auf die Berufung des J. hin verurteilte das Schiedsgericht die Berufsgenossenschaft zur Weiterzahlung der Rente, weil der vorzunehmende Eingriff einer Operation gleich zu erachten sei, die der Verletzte abzulehnen befugt wäre. Der gegen diese Entscheidung von der Berufsgenossenschaft eingelegte Rekurs wurde unter Zuerkennung von 3 M. außergerichtlichen Kosten zurückgewiesen. Gründe:

Die Beklagte hat dem Kläger durch den angefochtenen Bescheid vom 29. Oktober 1903 den Schadenersatz für die Folgen des Unfalls vom 12. April 1900 in Anwendung des § 23 Absatz 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. auf Zeit ganz versagt, weil er sich geweigert hat, sich einem von ihr angeordneten Heilverfahren, das in der Tätowierung eines von jenem Unfall herrührenden Hornhautflecks auf dem linken Auge bestehen sollte, zu unterziehen. Sie ist jedoch schon deshalb nicht befugt, aus dem ablehnenden Verhalten des Klägers Rechte gegen ihn herzuleiten, weil sie die Anordnung an den Kläger, sich zum Zwecke jener Behandlung in ein Krankenhaus zu begeben, nicht in der Form eines berufungsfähigen Bescheides erteilt hat. Das R.-V.-A. hat schon unter der Herrschaft der früheren Unf.-Vers.-Ges. streng daran festgehalten, daß diese Form der Einweisung in die Heilbehandlung beobachtet werden muß, damit die Zulässigkeit einer solchen Maßnahme im instanzmäßigen Verfahren nachgeprüft werden kann, und daß die Nichterteilung eines berufungsfähigen Bescheides der Berufsgenossenschaft die Möglichkeit nimmt, gegen den Verletzten, falls er sich überhaupt weigert, der Anordnung Folge zu leisten, irgendwelche Nachteile in betreff seiner Rente eintreten zu lassen (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 1 Absatz 2 zu § 7 des Unf.-Vers.-Ges. und Rekursentscheidung 1685 Absatz 2, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1897 Seite 280 und andere). An diesem Grundsatze muß auch bei Anwendung der neuen Unf.-Vers.-Ges. festgehalten werden, da diese eine entgegenstehende Vorschrift nicht enthalten und der angeführte, für seine Aufstellung maßgebend gewesene Gesichtspunkt nach wie vor der Berücksichtigung bedarf. Tatsächlich ist denn auch in neuerer Zeit wiederholt seitens des R.-V.-A. einer Berufsgenossenschaft, welche die Anordnung eines Heilverfahrens nicht in berufungsfähiger Form ausgesprochen hatte, das Recht versagt worden, von der Bestimmung des § 23 Absatz 2 des Gewerbe-Unf.-Vers.-Ges. gegen den Verletzten Gebrauch zu machen.

Führt schon dieser Grund zur Zurückweisung des Rekurses der Beklagten, so ist zur Vermeidung eines neuen vergeblichen Verfahrens auch die Frage, ob die Anordnung der hier beabsichtigten Behandlung sachlich zulässig war, geprüft worden, und zwar mit demselben für die Beklagte ungünstigen Erfolge. Allerdings hat das R.-V.-A. stets die Pflicht der Verletzten betont, an ihrem Teile zur möglichst erfolgreichen Durchführung des Heilverfahrens mitzuwirken und sich namentlich nicht offenbar ungefährlichen Maßnahmen zu widersetzen. Andererseits ist aber in ständiger Rechtsprechung daran festgehalten worden, daß die Verletzten nicht verbunden sind, Operationen an sich vornehmen zu lassen, die in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 3 zu § 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Die beklagte Berufsgenossenschaft glaubt nun, trotz Anerkennung dieses Rechtsstandpunktes von dem Kläger die Duldung der bezeichneten Maßnahme verlangen zu dürfen, weil diese eine „Operation“ im Sinne

jener Rechtssprechung nicht darstelle. Dieser Auffassung konnte in Übereinstimmung mit dem Schiedsgericht nicht beigetreten werden. Auch der Direktor der Kgl. Universitäts-Augenklinik in München, Professor Dr. E., ist in seiner Äußerung vom 26. November 1903, auf die sich die Beklagte beruft, keineswegs bestimmt zu der Ansicht gelangt, daß die Tätowierung der Hornhaut mit schwarzer Tusche keine „Operation" im Rechtssinne darstelle. Denn er bezeichnet sie immer als einen „Eingriff" — wenn auch als einen „harmlosen" und „eigentlichen Augenoperationen, wie zum Beispiel der Bildung eines künstlichen Sehlochs, nicht gleichzustellenden" — und hat der Berufsgenossenschaft vorherige Anfrage bei dem Landesversicherungsamt empfohlen. In der Tat handelt es sich, wie der Sachverständige zutreffend empfunden hat, bei der hier erforderlichen Beurteilung mehr um die rechtliche als um die medizinische Seite der Frage. Der im vorliegenden Falle zur Entscheidung berufene Senat hat sich im Anschluß an ein dieselbe Frage behandelndes früheres Urteil des R.-V.-A. (in Sachen Pohle wider die Brandenburgische landwirtschaftliche Berufsgenossenschaft — Pr.-L. 1913/99) von folgenden Erwägungen leiten lassen: In einem auch in jener Entscheidung verwerteten Gutachten, welches in der von dem Sanitätsrat Professor Dr. C. Thiem in Kottbus herausgegebenen „Monatsschrift für Unfallheilkunde" — 1897 Seite 403 ff. — unter der Überschrift: „Muß ein Unfallverletzter die ärztlicherseits für notwendig erachtete Tätowierung eines Hornhautflecks auf Anordnung der Genossenschaft erdulden?" veröffentlicht worden ist, beschreibt der Augenarzt Dr. Cramer in Kottbus die fragliche Maßnahme in folgender Weise:

„Die vielfach geübte Tätowierung eines halbdurchsichtigen dadurch das Licht zerstreuenden und undeutliche Netzhautbilder hervorrufenden Hornhautflecks geschieht dadurch, daß nach gründlicher Unempfindlichmachung der Hornhaut durch Kokain oder ähnliche Mittel zahlreiche, schräg verlaufende Stiche mit geeigneten Nadeln oder Nadelbündeln im Gebiet des zu färbenden Weißflecks angelegt werden, in die chinesische Tusche, die unter Beobachtung der Gesetze der Aseptik zu einem dicken Brei verrieben ist, mit einem geeigneten Spatel hineingedrückt wird."

Aus dieser — im wesentlichen mit den in der vorliegenden Sache von Dr. H. und Professor Dr. E. hierüber gemachten Angaben übereinstimmenden, nur etwas eingehenderen — Schilderung geht hervor, daß das Tätowieren eines Hornhautflecks einen Eingriff in die Unversehrtheit des Körpers darstellt, da der Hornhaut durch das Stechen oder Ritzen mit Nadeln zahlreiche, wenn auch sehr kleine Wunden beigebracht werden. Dazu kommt, daß nach den weiteren Ausführungen in den bezeichneten Aufsatz die Tätowierung keineswegs eine völlig gefahrlose Behandlung ist. Denn sie darf nur vorgenommen werden, wenn „in der zu färbenden Hornhaut, wie in der Regenbogenhaut und in der Strahlenkörpergegend seit kürzerer Zeit keine Entzündungserscheinungen irgendwelcher Art aufgetreten sind", und sie erfordert außerdem eine „technisch tadellose Ausführung". Daß beide Voraussetzungen, von denen Dr. Cramer die Schmerz- und Gefahrlosigkeit abhängig macht, immer gegeben sind, kann nicht allgemein vorausgesetzt werden. Aber selbst bei ihrem Vorhandensein wird auch dem gewissenhaftesten Arzt ein solcher Eingriff infolge nicht vorherzusehender, vielleicht auch nach dem Stande der heutigen Wissenschaft noch nicht bekannter oder zu berechnender Umstände mißglücken können. Die Tätowierung eines Hornhautfleckes ist hiernach den Operationen zuzurechnen, zu deren Duldung ein Verletzter in Anbetracht seiner unter allen Umständen zu wahrenden Freiheit, über Leben und Gesundheit zu verfügen, nicht gezwungen werden kann. Wenn der Verfasser der angeführten Schrift und anscheinend auch im vorliegenden Falle die Beklagte sich bei Einnahme des entgegengesetzten Standpunktes im Einklang mit der früheren Rechtsprechung des R.-V.-A. auf diesem Gebiete zu befinden glauben, so beruht dies auf Mißverständnissen hinsichtlich der letzteren. Zunächst hat das R.-V.-A. ausdrücklich ausgesprochen, daß es gleichgültig ist, ob eine Operation noch zum eigentlichen Heilverfahren gehört (zu vergleichen Handbuch der Unfallversicherung Anmerkung 3 zu § 5 des Unf.-Vers.-Ges.). Es beweist also nichts für die Verpflichtung eines Verletzten zur Duldung der Tätowierung, wenn Dr. Cramer und ebenso im vorliegenden Falle Dr. H. der Meinung sind, das Heilverfahren sei erst nach Durchführung dieses hier streitigen Verfahrens als abgeschlossen zu betrachten. Deshalb kann auch unerörtert bleiben, ob diese Ansicht, zumal in der Allgemeinheit, in der sie von Dr. Cramer geäußert ist und, wie es scheint, auch von Dr. H. geteilt wird, an sich als gerechtfertigt anzuerkennen wäre. Es sei nur darauf hingewiesen, daß Dr. H. selbst in seinem Gutachten vom 16. Dezember 1903 die Tätowierung der Hornhaut als einen „kosmetischen" Eingriff bezeichnet hat, und das ebenso in dem „Handwörterbuch der gesamten Medizin", herausgegeben von Dr. A. Villaret, Kgl. Preußischem Generaloberarzt (II. Auflage, Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke 1900, Band I Seite 403 unter dem Stichworte „Cornea" zu II 4 b und Band II Seite 924 unter dem Stichworte „Tätowierung"), auch die „kosmetischen" Rücksichten als Zweck dieser Behandlungsweise hervorgehoben werden. Unbegründet ist ferner nicht minder die Annahme, daß das R.-V.-A. in bezug auf die Berechtigung des Verletzten, eine Operation abzulehnen, einen Unterschied zwischen „leichten" und „schweren" Operationen gemacht oder gebilligt habe. Das Gegenteil ist auch nicht aus der Rekursentscheidung 969 (Amtliche Nachrichten des R-V.-A. 1891 Seite 211) oder aus der Anmerkung 3 zu § 7 des Unf.-Vers.-Ges. im Handbuch der Unfallversicherung zu entnehmen. Denn in jener Entscheidung ist nur von einem „Eingriff in die körperliche Unversehrtheit" schlechthin die Rede, und wenn im Handbuch „schwere Eingriffe in die körperliche Unversehrtheit" als nicht mehr zum Heilverfahren im Sinne des § 7 a. a. O. gehörig bezeichnet werden, so zeigt schon der unmittelbar dahinter befindliche Hinweis auf die Anmerkung 3 zu § 5 daselbst, daß hiermit nichts anderes hat gesagt werden sollen, als in den oben wiedergegebenen Ausführungen der zuletzt erwähnten Anmerkung (zu vergleichen auch Rekursentscheidung 1213, Amtliche Nachrichten des R.-V.-A. 1893 Seite 159).

Hiernach konnte der angefochtene Bescheid und somit auch der Rekurs der Beklagten nicht für gerechtfertigt erachtet werden.

(Kompaß).

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit und zur Ausstellung von militärischen Zeugnissen. Vom 13. Oktober 1904. Berlin 1904 bei E. S. Mittler & Sohn.

Ohne in den organischen Bestimmungen oder in der Einteilung des Stoffes Änderungen von Belang zu bringen, faßt die neue Bearbeitung alle Nachträge und Einzelentscheidungen zusammen, welche im Verein mit neueren wissenschaftlichen oder dienstlichen Erfahrungen die begutachtende Tätigkeit der Militärärzte seit dem Erlaß der bisherigen Dienstanweisung von 1894 beeinflußt haben. In den einzelnen Paragraphen ist vieles ausgestaltet worden, so z. B. die Hörprüfungen, Sehprüfungen, die Beurteilung der Leistenbrüche, der Verstümmelungen usw. Auch die Anforderung zivilärztlicher Bescheinigungen (§ 12^9) und ihre mehrfach strittig gewesene Honorierung ist nunmehr fest normiert. Nicht minder wichtig erscheint § 31^6, der die §§ 22 und 115 der Dienstanweisung für die Kreisärzte und den Erlaß des Ministers der geistlichen etc. Angelegenheiten vom 8. April 1904 zum Gegenstande hat. Die Herren Kollegen seien hierauf aufmerksam gemacht. Ganz erheblich ausgearbeitet ist in § 89 die militärärztliche Mitwirkung bei Durchführung der Unfallfürsorgegesetze im Bereiche der militärischen Betriebe. Schon in der D. A. von 1894 war die prozentuale Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit für diese Fälle eingeführt. Die Bestimmungen sind jetzt viel ausführlicher und getrennt für Personen des Soldatenstandes und Beamte, wie für Bedienstete der Heeresverwaltung bearbeitet worden. Eine ausführliche Anleitung zur prozentualen Bewertung aller vorkommenden Kategorien äußerer und innerer Unfallfolgen ist in Anlage 2 beigefügt. Sie schließt

sich in der Einteilung eng an das ebenfalls neu bearbeitete Verzeichnis der körperlichen Fehler an, welches jetzt einheitlich für Rekruten wie gediente Leute, für Unbrauchbare und Versorgungsberechtigte gilt. Anlage 2 wird jedem Arzt von Nutzen sein, der sich mit der Begutachtung von Unfällen zu befassen hat. Sie verdankt ihre Entstehung einerseits den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, andererseits dem außerordentlich umfänglichen Material, welches dem Kriegsministerium dadurch zufloß, daß seit 1903 in sämtlichen militärärztlichen Invalidenzeugnissen eine prozentuale Bewertung der Erwerbsunfähigkeit ausgesprochen werden mußte. Diese Bestimmung ist jetzt nicht nur beibehalten, sondern auch auf die Unbrauchbaren ausgedehnt worden. Hat sie auch zur Zeit nur für die Unfallbegutachtungen praktische Folgen, so schafft sie doch ein vollkommen mit der Sache vertrautes Personal, wenn die in Aussicht stehende neue Militärpensions-Gesetzgebung die gesamte Beurteilung der Unterklassen auf die gleiche Grundlage stellt, auf der sich die bürgerliche Unfallversorgung bewährt hat. Körting.

Hildebrand, Dr., **Scholz,** Dr., **Wieting,** Dr., Das Arteriensystem des Menschen in stereoskopischen Röntgenbildern. Zweite Auflage.

Die Verfasser veröffentlichen seit dem Jahre 1901 aus dem Krankenhause Hamburg-Eppendorf Sammlungen stereoskopischer Röntgenbilder, welche nach dem Verfahren von Hildebrand angefertigt worden sind. Bisher sind erschienen „Die Knochenbrüche der oberen sowie der unteren Gliedmaßen" (Band II und IV), „Die kongenitalen Hüftgelenkluxationen" (Band III), „Fremdkörper, Sarkom und Osteomyelitis" (Band V) und „Deformitäten und Mißbildungen" (Band VI).

Welcher Beliebtheit sich diese Sammlungen in den Fachkreisen erfreuen, beweist am besten der Umstand, daß von dem I. Band, welcher das Arteriensystem des Menschen auf 10 Tafeln wiedergibt, bereits eine 2. Auflage notwendig wurde. Die vorliegenden Bilder geben ein anschauliches, plastisch hervortretendes Bild über den Verlauf und die Verästelungen des Arteriensystems und erleichtern sein Studium außerordentlich. Auch zur schnellen Orientierung vor der Operation werden manche von ihnen, z. B. die Abbildung über das Gefäßsystem der Kniegelenksgegend, von Nutzen sein.

Namentlich dem angehenden Mediziner sei die vorliegende Sammlung als Beihilfe zum Studium empfohlen. Niehues-Berlin.

Vierordt-Heidelberg, Prof. Dr. O. Die Säuglingsabteilung, Säuglingsambulanz und Milchküche der Luisenheilanstalt (Kinderklinik) zu Heidelberg. Eine Denkschrift zur Frage der Forschung, des Unterrichts und der Fürsorge im Gebiet des Säuglingsalters. Stuttgart 1904, 40 Seiten.

Einen großen ausschlaggebenden Erfolg in der Säuglingsernährung erzielte die Klinik erst, als sie nach dem Vorgange Schloßmanns zur Anschaffung von „Stationsammen" überging. Jede Anstalt für kranke Kinder, ja selbst die Schulen sollten „Propaganda für das Stillen" machen. Für das Kind der Amme sei in der Art zu sorgen, daß es erst nach mehrmonatlicher Brustnahrung abgesetzt und ihm alsdann eine Milch aus garantiert tadelloser Herkunft verschafft werde. Auf der Station sind Ammen unentbehrlich für die Heilung schwerer akuter und chronischer Fälle, wie für das Aufziehen von frühgeborenen Kindern. „Milchküchen", in welchen die Milch sterilisiert und trinkfertig, in Flaschen, d. h. in Portionen abgeteilt, zum Verkauf gestellt wird, seien nur dann existenzberechtigt, wenn sie unter ständiger ärztlicher Kontrolle ständen. Die Leistungen der Vierordtschen Milchküche stiegen bis zu einer Abgabe von mehr als 600 Flaschen pro die.

Hervorzuheben ist, daß die Einrichtung der Milchküche einen „überraschenden Einfluß" hatte auf die Qualität und Behandlung der Milch in den Milchställen und Geschäften Heidelbergs und seiner Umgebung. Als Nahrung kommt in der Vierordtschen Anstalt in Betracht: Frauenmilch, Kuhmilch, Rahmgemenge, Labmilch, Buttermilch, Malzsuppe.

Photographien etc. demonstrieren die Einrichtungen der Heidelberger Anstalt.

Die Abhandlung ist flott geschrieben und interessant zu lesen. Bedauerlich erscheint, daß Verf. sich in der Vorrede zu sehr weit ausholenden Zukunftsbesprechungen hinreißen läßt, bei denen er unter anderem von der Malthusschen Theorie berichtet, daß sie allgemein abweisend beurteilt worden sei. Würde Verf. die Schriften namhafter Nationalökonomen, wie z. B. Ad. Wagner nachgesehen haben, so wäre ihm nicht verborgen geblieben, daß Männer mit sehr klangvollem Namen noch heute den Kern der Malthusschen Lehre in jeder Weise aufrecht erhalten; aufgegeben ist lediglich die strenge mathematische Formulierung des Malthusschen Gesetzes. C. Hamburger.

Römer, Die Ehrlichsche Seitenketteetheorie und ihre Bedeutung für die Medizinischen Wissenschaften. Mit einem Vorwort von Geheimrat Prof. Dr. Paul Ehrlich. (Wien, Verlag von A. Hölder, 1904. 455 S. Preis M. 8,60.)

Verfasser, der bereits eine Reihe interessanter Arbeiten aus dem Gebiete der modernen Immunitätslehre — meist sein klinisches Spezialfach, die Augenheilkunde, betreffend — veröffentlicht hat, gibt in dem vorliegenden Werke eine genaue und übersichtliche, auf die Einzelheiten der experimentellen Forschung eingehende Darstellung der Ehrlichschen Seitenkettentheorie. Es wird die Bedeutung dieser Theorie für die Antitoxin- und Hämolysin-Forschung, für die Bakterienimmunität, die Lehre von den Cytotoxinen, Agglutininen und Präzipitinen ausführlich auseinandergesetzt. Den Schluß bilden einige kürzere Kapitel über die Verwendung der Theorie in den klinischen Fächern und in der Physiologie. Die klare Darstellung dieses großen und in jüngster Zeit so eifrig bearbeiteten Forschungsgebietes, das immer mehr das Interesse weiterer ärztlicher Kreise erregt, wird zweifellos, wie Ehrlich in dem Vorwort ausspricht, dazu beitragen, „das eindringende Verständnis der Theorie zu fördern"; sie wird aber auch „Anregung geben, dieselbe auf den mannigfachsten Gebieten der Medizin nutzbar zu machen". R. Stern.

Pfeiffer. Proskauer-Oppenheimer. Enzyklopädie der Hygiene. Leipzig. F. C. W. Vogel. 25 Lief. à 2 M. 559 Seiten.

Nachdem der Vogelsche Verlag soeben erst in der chirurgischen Enzyklopädie von Kocher und de Quervain ein bedeutendes Werk vollendet hat, ist jetzt auch die im gleichen Verlage erscheinende Enzyklopädie der Hygiene zum Abschluß gelangt. Was jener nachgerühmt werden konnte: die sorgfältige Bearbeitung des überreichen Materials und die glückliche Auswahl der Mitarbeiter — das gilt auch für dieses neue Werk. Die Frage des Bedürfnisses nach einem Nachschlagebuch dieser Art, welche für die klinisch-medizinischen Fächer wohl verschieden beurteilt werden kann, muß auf dem hygienischen Gebiete ohne weiteres bejaht werden. Denn hier stößt der Praktiker, welcher das gesamte Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege bearbeiten soll, also hauptsächlich der Medizinalbeamte, auf eine solche Fülle von nicht medizinischen, technischen Einzelfragen, daß er auf Nachschlagewerke unbedingt angewiesen ist. Und so wichtig es für bestimmte Fälle ist, ganze größere Abschnitte mit Hilfe eines umfangreichen Handbuchs zu studieren, so empfiehlt sich doch für das Bedürfnis des Augenblicks in der Regel mehr die Form des alphabetisch geordneten Lexikons. Wir glauben daher, daß sich in den Kreisen der Medizinalbeamten die Enzyklopädie der Hygiene rasch einbürgern wird. F. L.

Von Woedtke-Radtke. Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft. Guttentagsche Sammlung deutscher Reichsgesetze. Band 72. 1905. 627 Seiten.

Das 1887 von Woedtke herausgegebene Buch „Unfallversicherung der in land- und forstwirtschaftlichen Betrieben beschäftigten Personen in Preußen" war seit längerer Zeit nicht nur durch die Notwendigkeit eingehender Berücksichtigung der Rechtsprechungen des Reichsversicherungsamts ergänzungsbedürftig, sondern durch die neue Gesetzgebung vom Jahre 1900 vollends veraltet. Die Neubearbeitung hat Radtke übernommen; er hat die Ausführungsgesetze sämtlicher deutscher Staaten in seine Arbeit hineingezogen und die Rechtsprechung der obersten Gerichte in weitgehendem Maße berücksichtigt. So ist ein recht umfängliches, doch keineswegs unhandliches Buch entstanden, das den Kollegen auf dem Lande von großem Nutzen sein wird. F. L.

Tagesgeschichte.

Was lehrt der sogenannte Gelsenkirchener Wasserprozeß?

Der Essener Landgerichtsdirektor Fromm widmet dem Prozesse, dessen Vorgängen unsre Leser sicher alle soweit gefolgt sind, als es überhaupt auf Grund der Zeitungsnachrichten möglich war, bemerkenswerte Ausführungen in der Deutschen Juristenzeitung.

Fromm rügt, daß das Stichrohr, welches in das Leitungswasser Ruhrwasser einführte, vor Beginn der gerichtlichen Untersuchung auf eine mißverstandene Anordnung der Medizinalbehörden hin beseitigt worden sei. So sei man über den Zustand dieses wichtigen Corpus delicti auf Aussagen von Zeugen und Angeklagten angewiesen gewesen. Es müsse immer wieder darauf hingewiesen werden, daß alle mit der ersten Inangriffnahme von Strafsachen betrauten Behörden den Tatbestand bis zur gerichtlichen Feststellung unverändert zu erhalten haben. Wir haben im vorliegenden Falle nur das Bedenken, ob nicht das Bestehen des Stichrohrs die öffentliche Gesundheit derart gefährdet hat, daß gegenüber diesem Interesse das des Strafrichters zurücktreten mußte.

Ohne Einschränkung müssen wir dem zweiten Punkte der Frommschen Ausführungen beipflichten. Wir zitieren ihn hier wörtlich:

Allgemein ist es aufgefallen, daß die Anlegung und der Betrieb von Wasserwerken nicht einer besonderen behördlichen Genehmigung und Überwachung unterliegt. Außer der Genehmigung, die zur Errichtung eines jeden Bauwerks von der Polizei, oder bei Anlagen und Veränderungen im Überschwemmungsgebiet der Flüsse nach dem preuß. Deichgesetz vom 28. Januar 1848, oder nach der GewO. sowohl für die Errichtung von Anlagen, die für die Nachbarn oder das Publikum überhaupt erhebliche Nachteile oder Gefahren herbeiführen können (§ 16), als für Stauanlagen oder Aufstellung von Dampfkesseln (§§ 23 u. 24), erfordert wird, schreibt kein Gesetz eine Genehmigung für die Anlage und den Betrieb gerade von Wasserwerken vor. Insbesondere sind auch die Unternehmer solcher Werke nicht unter denjenigen Gewerbetreibenden aufgeführt, die nach §§ 29—36 GewO. einer Approbation oder besonderen Genehmigung bedürfen oder denen der Gewerbebetrieb untersagt werden kann. Wie oft aber hängt das Wohl und Wehe von Tausenden von Menschen von der Sorgfalt und der Zuverlässigkeit der Leiter und Angestellten solcher Werke ab!

Unsere alten Hausbrunnen, die uns früher ausschließlich das Wasser lieferten, treten in neuerer Zeit namentlich in den Städten gegenüber diesen Werken zur zentralen Wasserversorgung immer mehr zurück. Aus dieser Tatsache wie aus der ferneren, daß stets eine große Anzahl von Menschen durch diese Werke versorgt und sonach durch eine schlechte Beschaffenheit des Wassers betroffen wird, erwächst für den Staat die unabweisbare Pflicht, diese Werke bei Anlage und Betrieb sorgfältig zu überwachen. Mag man mit Robert Koch die Möglichkeit der Verbreitung des Typhus und der Cholera durch das Wasser annehmen oder mit Pettenkofer leugnen, unter allen Umständen liegt es im öffentlichen Interesse, daß nur gutes, nicht minderwertiges Wasser den Konsumenten verabfolgt wird. Bisher fehlte den zuständigen Behörden eine gesetzliche Handhabe zu diesen Maßregeln. Es ist namentlich folgendes zu fordern:

1. Wasser aus Flüssen oder stehenden Gewässern darf nur nach gehöriger Filtration verabreicht werden.

2. Jedes Wasser eines Wasserwerkes ist täglich einer bakteriologischen und chemischen Untersuchung zu unterziehen und das Ergebnis in hierzu bestimmte Bücher einzutragen.

3. Ergeben die bakteriologischen Untersuchungen einen übermäßigen Keimgehalt, etwa über 500 in einem Kubikzentimeter, so ist der betreffende Teil der Anlage bis zum Eintritt normaler Keimzahlen auszuschalten oder sofort öffentlich vor dem Genuß des Wassers in ungekochtem Zustande zu warnen.

4. Genaue Pläne der Gewinnungs- und Förderungsanlagen, des Druckrohrsystems wie des Fallrohrnetzes nebst sämtlichen Schiebern und Anschlüssen sind zu führen, auch

5. Bücher über die Stundenarbeit und die Wasserförderung der einzelnen Pumpen,

6. Verzeichnisse der angeschlossenen Ortschaften, aus denen die Zahl der angeschlossenen Häuser und die abgegebenen Wassermengen ersichtlich sind,

7. Nachweisungen über Brüche der Hauptrohre, Rohrlegungen, Erdbewegungen auf der Förderungsanlage und Schließung der Schieber der Hauptrohre.

8. Alle Bücher, Pläne, Verzeichnisse und Nachweisungen sind, nachdem sie von dem technischen Leiter als richtig bescheinigt, an den im voraus bestimmten Geschäftsstellen zur Einsicht durch die Polizei- und Medizinalbehörden bereit zu halten; auch ist von dem Leiter zu bescheinigen, daß andere Anlagen zur Wassergewinnung, Förderung, Aufspeicherung und Verteilung nicht vorhanden sind. Wasser aus anderen als den bescheinigten Anlagen darf keinem Abnehmer zugeführt werden.

Ähnliche Vorschriften sind im Regierungsbezirk Arnsberg im Laufe des Strafverfahrens von den Wasserwerken an ihre Direktoren erlassen. Dies ist aber nur im Wege gütlicher Vereinbarung möglich gewesen; es ist notwendig, auch die zwangsweise Anordnung solcher Vorschriften durch Erlaß gesetzlicher Bestimmungen, etwa in der Gewerbe-Ordnung zu ermöglichen.

An dritter Stelle geht Fromm auf einen Punkt ein, der die ärztliche Sachverständigentätigkeit nahe berührt. Die Angeklagten behaupteten, und — wenn die Zeitungsberichte Glauben verdienen, — ein ärztlicher Gutachter bestätigte, daß Wasser kein Nahrungsmittel sei. Als Grund wurde — ich kann wieder nur Zeitungsberichte zitieren — angegeben: Von Wasser allein könne man sich nicht nähren. Diese seltsame Deutelei der klaren Tatsache, daß Wasser als chemischer Körper unentbehrlich und als Naturprodukt in weitestem Umfange gebräuchlich zum Zwecke der Erhaltung unseres körperlichen Bestandes ist, findet zum Glück auch vor den Augen der Juristen keine Gnade. Fromm sagt darüber:

III. In der Rechtsprechung war diese Frage noch nicht entschieden. Das Gericht ist im Anschluß an das Urteil des Reichsgerichts, Entsch. Bd. XXXIII S. 386, davon ausgegangen, daß als Nahrungs- und Genußmittel diejenigen Stoffe zu erachten sind, welche der menschlichen Ernährung oder dem menschlichen

Genuß dienen und zu diesem Zwecke durch die Organe dem menschlichen Körper zugeführt werden, wobei es gleichgültig ist, ob diese Stoffe ohne weiteres oder erst nach vorheriger Be- oder Verarbeitung oder nach vorheriger Verbindung mit anderen Stoffen verzehrt werden. Wasser aber wird dem Körper zugeführt, um das durch Ausscheidungen diesem entzogene, ihm zur Erhaltung durchaus notwendige Wasser zu ersetzen. Der Begriff der menschlichen Ernährung kann nicht auf die Erhöhung der Stoffmenge durch Zuführung neuer Stoffe beschränkt werden, sondern muß auch die Ersetzung der verbrauchten Stoffe mit umfassen. Daß von diesem Gesichtspunkte aus das Wasser, sei es allein, sei es in Verbindung mit anderen Stoffen, ein Nahrungsmittel ist, dürfte ernstlich nicht in Zweifel gezogen werden können. Es kann jedoch ein Stoff nicht nur Nahrungmittel, sondern zugleich auch Genußmittel sein. Ein Nahrungsmittel kann genossen werden, nicht um den Körper zu erhalten, sondern des Wohlgeschmacks wegen; dann ist es zugleich Genußmittel. Dies trifft beim Wasser zu, und ist dieses deshalb als Nahrungs- und Genußmittel angesehen worden. Daß diese Unterordnung unter dieses Gesetz auch dem Willen des Gesetzgebers nicht widerspricht, ist daraus zu folgern, daß die Motive als bisherige Schutzbestimmungen gegen Nahrungsmittelverfälschung auch den § 324 St. G. B. (Brunnenvergiftung) erwähnen.

Zum Schluß erwähnt Fromm noch das Mißverhältnis der verhängbaren und im Gelsenkirchener Prozeß verhängten Geldstrafen zum gegenwärtigen Wert des Geldes.

Wir werden voraussichtlich in nächster Nummer Raum haben, einen uns zugegangenen Vortrag aus ärztlicher Feder zu demselben Prozesse, der ja vom Gutachter-Standpunkte aus sehr bemerkenswert, freilich nicht durchweg erfreulich verlief, abzudrucken.

Wiederaufnahme des Verfahrens in Unfallsachen.

Die Fälle, in denen ein rechtskräftig gewordenes Urteil in Unfallsachen wieder aufgehoben werden kann, sind selten. Es bedarf bekanntlich dazu nicht etwa wie im Strafprozeß der Angabe neuer wesentlicher Tatsachen, sondern es muß bewiesen werden, daß nach bestimmten Richtungen die gesetzlichen Vorschriften über die Form des Verfahrens nicht befolgt waren, daß gefälschte Urkunden, Meineide bzw. Falscheide von Zeugen oder Sachverständigen dem Urteil mit zugrunde gelegen haben u. dgl.

In einem während des vorigen Jahres gefällten Rekursurteil auf Wiederaufnahme des Verfahrens ist nun ein Wiederaufnahmegrund zur Geltung gebracht worden, dessen Bedeutung über die eines bloßen Kuriosums weit hinausgeht. Es wurde nämlich 1904 ermittelt, daß ein 1897 abgewiesener Rekurskläger bereits damals geisteskrank und geschäftsunfähig war. Er hätte damals weder selbst noch — wie es in der Tat geschah — durch einen Rechtsanwalt den Prozeß führen dürfen, sondern es hätte ein gesetzlicher Vertreter ernannt werden müssen. Da das nicht geschehen ist, wurde das Urteil nachträglich aufgehoben.

Die grundsätzliche Wichtigkeit dieser Entscheidung liegt darin, daß gerade seelisch Kranke häufig in Unfallsachen nicht rechtzeitig als krank erkannt und daher mit ihren „objektiv unbegründeten" Klagen abgewiesen werden. Diesem Unglücklichen trotz rechtskräftig gewordener früheren Ablehnung nachträglich zu helfen, wird durch Wiederaufnahme des Verfahrens bisweilen erreicht werden können.

Verantwortlichkeit des Apothekers für seine Arzneimittel.

Ein Breslauer Apothekenbesitzer stand, wie die „Schles. Zeitung" mitteilt, kürzlich vor der III. Strafkammer des dortigen Landgerichts, weil er durch Feilhalten der neurodynamischen Mittel des Frl. Ritter gegen § 28 der Apothekenbetriebsordnung verstoßen haben soll. Das Schöffengericht als erste Instanz hatte in dieser Sache auf Freisprechung erkannt, wogegen der Staatsanwalt Berufung eingelegt hatte. Als Sachverständige wurden Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Jacobi, Prof. Dr. Fischer und Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Filehne vernommen. Der genannte § 28 macht den Apotheker für die Qualität und für die richtige Herstellungsweise der von ihm verkauften Arzneien verantwortlich. Die in Rede stehenden neurodynamischen Mittel werden aber von Fräulein Ritter persönlich hergestellt, stehen nicht im Arzneibuch und können infolgedessen durch den Apotheker nicht auf vorschriftsmäßige Herstellung nachgeprüft werden. Auch die Strafkammer konnte deshalb nicht zur Verurteilung des Angeklagten gelangen und verwarf die Berufung des Staatsanwaltes.

Röntgen-Kongreß in Berlin.

Unter der Ägide hervorragender Techniker, Naturwissenschaftler und Ärzte findet vom 30. April bis 3. Mai 1905 in Berlin und zwar in den Räumen der „Ressource", Oranienburger Straße 18 ein Röntgen-Kongreß und eine Röntgen-Ausstellung statt. Der große Entdecker, dessen Namen die Veranstaltung trägt, wird selbst daran teilnehmen.

Die Sitzungen werden in eine physikalisch-technische und eine medizinische Hauptsitzung sowie in Sektionssitzungen eingeteilt sein.

Die Mitgliedskarte kostet 15 Mark. Anmeldungen sind an Prof. Eberlein, Berlin NW. 6, Tierärztliche Hochschule, Vortrags-Ansagen an den Schriftführer Dr. Immelmann, Berlin W., Lützowstr. 72 zu richten.

Bekanntmachung.

Diejenigen Herren Ärzte, welche im verflossenen Jahre Privatimpfungen vorgenommen, ihre Impflisten aber bisher noch nicht eingereicht haben, werden ersucht, dieselben gemäß § 8 des Impfgesetzes vom 8. April 1874 unter Benutzung der durch Bundesratsbeschluß vom 28. Juni 1899 vorgeschriebenen, gegen früher abgeänderten und in richtiger Form z. B. von der Reichsdruckerei hergestellten Impflistenformulare binnen 8 Tagen dem Bureau der Königlichen Sanitäts-Kommission im Polizei-Präsidium, Zimmer 390—401 einzusenden. Bei Unterlassung der Einreichung muß die im § 15 des Impfgesetzes vorgesehene Geldstrafe bis zu 100 Mark zur Festsetzung und Einziehung kommen.

In Spalte 8 der Impflisten ist, wenn die verwendete Lymphe aus einer Apotheke entnommen ist, auch anzugeben, aus welcher Lympherzeugungsanstalt die Lymphe stammte. Zugleich wird zu künftiger Nachachtung darauf hingewiesen, daß nach dem angeführten Bundesratsbeschluß weniger als vier Impfschnitte nicht als genügend gelten können.

Berlin, den 19. Januar 1905.

Der Polizeipräsident.
Sanitätskommission.
In Vertretung: Friedheim.

Mitteilung betreffend Sonderabdrücke.

Unsere verehrten Mitarbeiter bitten wir anläßlich wiederholt entstandener Mißverständnisse zu beachten, daß Sonderabdrücke der in unserer Zeitschrift erschienenen Originalien den Verfassern nur dann geliefert werden können, wenn der bezügliche Wunsch geäußert wird, solange die Zeitung noch im Druck steht. Der letzte Termin, bis zu welchem dem Verlangen nach Sonderabdrücken stattgegeben werden kann, liegt zwei Tage vor dem Erscheinen der jeweiligen Nummer.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. | № 4. | Ausgegeben am 15. Februar.

Inhalt:

Alkoholismus und Ehescheidung.

Von

Professor **Fritz Straßmann.**

Wohl jeder Gerichtsarzt von größerer Erfahrung wird der Anschauung beitreten, die kürzlich F. Leppmann an dieser Stelle ausgesprochen hat, der Anschauung, daß die Einreihung des Alkoholismus als solcher unter die Ehescheidungsgründe ein dringendes Bedürfnis ist. Auch mir sind wiederholt Fälle vorgekommen, in denen zunächst die Ehescheidung wegen Mißhandlung verlangt, aher abgelehnt wurde, weil für diese Mißhandlungen eine strafrechtliche und damit auch eine bürgerlich rechtliche Zurechnungsfähigkeit des — alkoholistischen — Beklagten nicht angenommen werden konnte. Der darauf gemachte Versuch, die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit herbeizuführen, scheiterte, weil der psychische Zustand des Ehemannes, der sich in der Zwischenzeit vielleicht wieder gebessert hatte, die schweren Bedingungen nicht erfüllte, welches unser Bürgerliches Gesetzbuch für die Ehescheidung wegen Geisteskrankheit eingesetzt hat. Und wenn dann endlich versucht wurde, in der Trunksucht selbst, in der Tatsache, daß der Beklagte sich zum Alkoholisten gemacht hat, den „ehrlosen und unsittlichen Lebenswandel“ des Gesetzes zu statuieren, so war auch dieser Antrag nicht immer erfolgreich. Denn wenn seitens des Vertreters des Beklagten gefragt wurde, ob die Tatsache, daß dieser Alkoholist geworden ist, einen sicheren Schluß auf sein schuldhaftes Verhalten zuläßt, ob nicht auch die Möglichkeit gegeben sei, daß auf Grund erblicher Belastung oder sonstiger krankhafter Anlage der Alkoholismus entstanden ist, ohne daß der Betreffende eigentlich ausschweifender gelebt hat, als es sonst anstandslos geschieht, so mußte diese Möglichkeit bejaht werden.

In einem solchen Falle, in dem auf Grund derartig liegender Verhältnisse keine Möglichkeit gegeben schien, eine unhaltbar gewordene Ehe zu lösen, hat das Gericht oberer Instanz einen Weg gefunden, zwar nicht die Ehescheidung, aber doch die Aufhebung der Ehe herbeizuführen. Es stützte sich dabei auf den § 1333 des Bürgerlichen Gesetzbuches, wonach eine Ehe von dem Ehegatten angefochten werden kann, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. („Error in persona“.) In der krankhaften Anlage des Ehemannes, die ihn dazu bestimmte, dem Alkoholismus zum Opfer zu fallen, sah das Gericht eine solche persönliche Eigenschaft und legte mir deshalb die Frage vor, ob dieser degenerative Zustand bei dem Beklagten vorhanden wäre und schon vor der Ehe vorhanden war. Vielleicht

ist es von Interesse, das von mir abgegebene Gutachten, aus dem die näheren Einzelheiten des Falles sich ergeben, vollständig kennen zu lernen. Dasselbe lautete:

„In Sachen X gegen X hat der Zivilsenat .... von mir ein Gutachten über folgende Fragen erfordert:

„Besteht bei dem Beklagten eine Degeneration, ist er infolgedessen so willensschwach, daß er sich dem Trunke und sexuellen Ausschreitungen dauernd und aus eigener Kraft nicht zu entziehen vermag? War dieser Zustand bereits vor der am 14. April 1896 geschlossenen Ehe der Parteien vorhanden?"

Über den Beklagten sind bereits früher von seiten des Oberarztes Dr. S. (am 17. Dezember 1902)*) und seitens des Unterzeichneten (am 17. Februar 1903**) sowie am 3. November 1903)***) gutachtliche Äußerungen erfolgt, auf welche hiermit Bezug genommen wird. Aus dem erstgenannten Gutachten sei hier nur nochmals hervorgehoben, daß X. im Herbst 1900 der Anstalt C. zuging auf Grund eines Attestes, in dem es unter anderem heißt, daß er erblich belastet und seit vielen Jahren chronischer Alkoholist ist. Er selbst erklärte, daß er seit längerer Zeit an Platzfurcht leide und schon 1894 im Sanatorium zu N. war. Seine Mutter sei aufgeregt und reizbar, ein Bruder sehr nervös, er sowohl wie sein Bruder werden auch nach wenig Alkohol leicht aufgeregt. Der jüngste Bruder, obwohl befähigt, hat durch übermäßigen Alkoholgenuß dermaßen die Energie verloren, daß er bereits 20 Jahre Medizin studiert.

Die gleichen Angaben über erbliche Belastung machte der Angeklagte mir gegenüber, wie mein erstes Gutachten ergibt; er sprach damals selbst von einer angeborenen nervösen Anlage. Aus meinem zweiten Gutachten entnehme ich speziell noch, daß Dr. O. in B., der den Beklagten vom 24. Juni 1899 bis 25. September 1899 in seiner Nervenheilanstalt behandelte, zu der Ansicht neigt, daß es sich bei X. um eine ererbte nervöse Schwäche handle, die sich unter anderem im Trinken äußerte und dadurch verschlimmert wurde.

Die beiliegenden Akten der Anstalt C. bestätigen die Angabe des Dr. S., ohne wesentlich neues zu bringen, nur ist in denselben noch notiert, das X 9 Jahre vorher Delirium gehabt hatte. Aus den Akten der Anstalt W., in der er — von C. aus überführt — vom 25. Januar 1901 bis 26. Mai 1902 sich befand, entnehme ich, daß er dem Anstaltsattest vom 25. Februar 1901 zufolge in „frühester Kindheit an Epilepsie gelitten hat, jetzt infolge Trunksucht wieder an epilepsieartigen Zuständen, Schwindelanfällen, Platzfurcht leidet, geistig geschwächt, willensschwach und einsichtslos ist". In einem Briefe seines Bruders vom 14. Mai 1901 wird von ihm gesagt, daß er zur Arbeit stets unlustig wäre. Seine Mutter schreibt unter anderem, daß die Sorge um ihre beiden Jüngsten ihren Lebensabend zu einem recht traurigen macht. In den Antwortbrief der Anstalt ist gesagt, daß Hans X. von Jugend auf ein krankhaftes Nervensystem besessen hat und dadurch auf die Bahn des Trunkes geraten und seinen Folgen leichter erlegen ist.

Die neuerdings erfolgten Zeugenvernehmungen haben für die mir vorgelegten Fragen folgendes ergeben: Die beiden Brüder des Beklagten haben, über den früheren Krankheitszustand desselben befragt, ihr Zeugnis verweigert, ebenso der Dr. P. in N. über die Frage, ob X. 1894 an Delirium gelitten hat. Der Gastwirt K. kannte den Angeklagten vor zehn Jahren, er hat nichts Auffälliges bei ihm bemerkt. Der Oberinspektor B., bei dem er etwa 1890 als Volontär beschäftigt gewesen zu sein scheint, hat ihn wegen einiger Nachlässigkeiten entlassen, fand ihn jedoch sonst durchweg ordentlich und solide ohne Spuren krankhafter Anlage. Sein früherer Lehrmeister weiß, daß er gern Bier trank und vor etwa zehn Jahren in die Heilanstalt in N. gebracht wurde. Der Obermaschinenmeister N., bei dem er 1893 arbeitete, erfuhr von X.s Vater, daß er leichtsinnig sei, er fand ihn nicht besonders fleißig und dem Trunke nicht abgeneigt. Er hat gehört, daß X. 1894 auf einige Tage verschwunden war, X. selbst erzählte ihm später, daß er vor Erregung über den Tod seines Vaters an dessen Sarge ohnmächtig umgefallen sei, hinterher habe er sich nicht anders helfen können, als daß er eine Flasche Kognak getrunken habe, er wäre dann von Haus fortgegangen, wisse nicht, wo er geblieben sei, habe auch einen mißglückten Selbstmordversuch durch Erschießen gemacht. Der Bürgermeister L. bekundet, daß X. im September, Oktober, November 1903 in R. lebte, er hat ihn in der Zeit mehrere Male betrunken gesehen. Vorher solle X. in der Trinker-Heilanstalt in U. gewesen sein, beschäftigt hat er sich in R. nicht. Sein damaliger Wirt H. fand ihn im ganzen solide, er war körperlich sehr heruntergekommen, kam aus der Anstalt in U. ganz abgezehrt. Als er sich gekräftigt fühlte, hat er sich Arbeit zu verschaffen versucht, aber erfolglos. Der Buchdruckereibesitzer K. hat ihn 1893 als unzuverlässigen und unfleißigen Arbeiter kennen gelernt, der an unpassender Stelle kneipte und sich dann taktlos benahm. Der Anstaltsarzt Dr. B. in W. hat bei dem Beklagten mäßiges Vorstehen der Augen, zeitweise schwankende Bewegungen der Augäpfel und Hypospadie gefunden. Bezüglich der letzten Mißbildung gab ihm X. an, daß sie sich auch bei einem Bruder von ihm und einem Sohn dieses Bruders finde. Dr. B. erklärt danach diesen Befund für ein ausgesprochenes Degenerationszeichen, welches die erbliche Veranlagung der Familie ergibt. —

Die vorstehend zusammengefaßten Ermittlungen über des Beklagten Entwicklung, über die bei ihm und seinen Angehörigen vorhandenen Abnormitäten in körperlicher und geistiger Beziehung, lassen die Annahme genügend begründet erscheinen, daß er infolge erblicher Belastung von vornherein eine wenig widerstandsfähige Konstitution in nervöser und psychischer Beziehung besitzt und damit in die Gruppe derer einzureihen ist, für die die moderne Irrenheilkunde den Begriff der Entartung geprägt hat. Die erste mir vorgelegte Frage muß ich demnach bejahen.

Was die zweite anlangt, so ist die Tatsache, daß Beklagter trunksüchtig ist, und infolge seiner Trunksucht sexuelle Ausschreitungen begangen hat, wohl zweifellos. Da ein solcher Verfall in Trunksucht sehr wohl auf dem Boden degenerativer Veranlagung entstehen kann, da eine solche vorhanden ist, da weiterhin die eigenen Angaben des Beklagten dafür sprechen, daß er dem Trunke verfallen ist auf Grund seiner nervösen Anomalie, da auch die wiederholte Rückfälligkeit diese Annahme unterstützt, halte ich allerdings dafür, wie ich schon früher ausgesprochen habe, daß die Trunksucht des Beklagten die Folge seiner angeborenen Minderwertigkeit ist und daß er sich ihr deshalb dauernd und aus eigener Kraft nicht zu entziehen vermag. Ich muß also auch die zweite Frage bejahen.

Desgleichen die dritte, denn, wie gesagt, der Zustand des Beklagten ist ein angeborener; er hat sich auch offenbar bereits vor der Ehe geäußert, wofür die Aufsuchung der Nervenheilanstalt im Jahre 1894 und der Vorfall beim Tode des Vaters im gleichen Jahre spricht."

Gewiß ist die Nichtigkeit der Ehe, die auf Grund meines Gutachtens in diesem Falle ausgesprochen worden ist, kein ausreichender Ersatz der Ehescheidung. Das Bedenken, daß eine in gutem Glauben geschlossene Ehe auf diese Weise nachträglich zum Konkubinat wird, ist allerdings insofern nicht durchgreifend, als die Kinder aus einer solchen Ehe gemäß § 1699 des Bürgerlichen Gesetzbuches als ehelich gelten. Immerhin verkenne ich nicht, daß es sich hier nur um ein Aushilfsmittel handelt. Aber da vielleicht wenig Aussicht besteht, eine baldige Änderung der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches herbeizuführen, schien es mir geboten, doch auf die Möglichkeit hinzuweisen, die schon das bisherige Gesetz gibt, die allerschwersten Härten zu beseitigen.

*) Dieses Gutachten hielt den X. wegen alkoholistischer Geistesstörung für unzurechnungsfähig für die im Sommer 1900 gegen seine Frau begangenen Mißhandlungen und Schamlosigkeiten.

**) Dieses Gutachten hatte das derzeitige Bestehen eines Verfalles in Geisteskrankheit solchen Grades verneint, „daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist".

***) In diesem Gutachten war die Möglichkeit zugegeben worden, daß X. dem Alkoholismus auf Grund erblicher Anlage verfiel.

Beitrag zur Frage der Entstehung eines Aortenaneurysmas nach Unfall.

Von Kreisarzt **Dr. Krehne**-Düsseldorf.

Die früher oft umstrittene Frage, ob Aneurysmen der großen Gefäße lediglich infolge eines Traumas zur Entwicklung kommen können, ist durch die fruchtbringenden wissenschaftlichen Erfahrungen, welche die ärztliche Gutachtertätigkeit im Rahmen unserer modernen Unfallversicherungsgesetze gezeitigt hat, eigentlich schon längst in bejahendem Sinne entschieden worden. Dennoch wird der traumatische Ursprung der Aneurysmen in neuerer Zeit wieder verschiedentlich angezweifelt mit dem Hinweis darauf, daß für die Mehrzahl der Aneurysmen die Syphilis das ursächliche, das Trauma aber nur das auslösende Moment bilde; so behauptet z. B. Arnsperger (Deutsches Archiv f. klin. Medizin 1903, Bd. 78, H. 5—6), daß die für die traumatische Entstehung des Aneurysmas angeführten Befunde meist auf Irrtum beruhten, und auch Heller meint nach eingehenden Untersuchungen (Deutsch. Archiv. f. klin. Medizin, Bd. 79, 1904), daß die Fälle traumatischer Aneurysmen äußerst selten seien, die syphilitische Aortitis mit nachfolgendem Aneurysma dagegen am häufigsten vorkomme.

Ich halte diese Schlußfolgerungen der genannten Autoren entschieden für zu weitgehend, bin vielmehr, ohne die Bedeutung der Syphilis für die genannten Gefäßerkrankungen verkennen zu wollen, der Ansicht, daß nach den Erfahrungen der letzten 20 Jahre auch das Trauma als primäre Entstehungsursache der Aneurysmen die ernsteste Aufmerksamkeit verdient.

Jedenfalls muß aber mit Rücksicht auf die zahlreichen Möglichkeiten, die für die Entwicklung eines Aneurysmas in Betracht kommen können, die Frage, ob ein Unfall als Ursache angesehen werden kann, in jedem Einzelfall ganz besonders sorgfältig untersucht werden. Berücksichtigen wir, daß ein traumatisches Aneurysma meist erst nach längerer Zeit, manchmal erst nach mehreren Jahren, zur Entwicklung und zur Entdeckung kommt, daß ferner in manchen Aneurysmafällen, deren Entstehung durch Unfall als unzweifelhaft galt, bei der späteren Leichenöffnung ausgedehnte arteriosklerotische oder sonstige Entartungsprozesse der großen Gefäße als wirkliche Ursache des Aneurysmas festgestellt wurden, und daß vor allem die individuelle Widerstandsfähigkeit des einzelnen Menschen gegen heftige, auf sein Gefäßsystem einwirkende Verletzungen, Stoß, Schlag, Fall auf Brust, Bauch etc. eine äußerst verschiedenartige ist, so müssen wir ohne weiteres zugeben, daß alle diese Momente die Entscheidung der Frage, ob wir es mit einem traumatischen Aneurysma zu tun haben, besonders am lebenden Menschen oft recht schwierig gestalten. Die Art des erlittenen Unfalles, Größe und Umfang der einwirkenden Gewalt, der zur kritischen Zeit vorhandene Gesundheitszustand, und schließlich die genaue Zeitfolge der eintretenden Krankheitserscheinungen müssen in allen Fällen sicher festgestellt und ihrer speziellen Bedeutung nach gegeneinander abgeschätzt werden.

Über die hinreichend bekannten, verschiedenartigen pathologisch-anatomischen Vorgänge, die sich nach einer entsprechenden Verletzung an den Gefäßwandungen abspielen und schließlich das Aneurysma zu seiner vollen bedrohlichen Entwicklung bringen, brauche ich mich an dieser Stelle nicht ausführlich zu äußern. Ich möchte nur die Ansicht aussprechen, daß in zahlreichen Fällen nicht die meist vermutete eigentliche Verwundung der Intima — also etwa ein durch die Verletzung entstehender kleiner Einriß derselben — sondern allein schon die besonders heftige, eine bestimmte Stelle des Gefäßes treffende Erschütterung für die Entstehung des Aneurysmas das entscheidende Moment bilden kann und wird. Eine starke, das Gefäßrohr treffende Erschütterung wird zweifellos an der Stelle der auftreffenden Gewalt, ganz ebenso wie an den äußeren sichtbaren Körperstellen, eine zunächst leichte Alteration, eine geringe trophische Störung, eine Überreizung des verletzten Gewebes verursachen. Während nun aber unblutige Gewebsschädigungen der äußeren Körperdecken, Quetschungen etc. oft in wenigen Tagen oder in noch kürzerer Zeit sich zur Norm zurückbilden, liegen diese Verhältnisse an den großen Gefäßen viel ungünstiger. Hier wird oft der im Gefäßrohr fortdauernd vorhandene, starke Druck des rasch fließenden Blutstromes die schnelle und vollkommene Regeneration des durch eine starke Erschütterung geschädigten Gewebes der Gefäßwandung verhindern. Für ein auch nur leicht verletztes Blutgefäß gibt es eben keine Ruhe, keine Erholung, wie etwa für eine gequetschte Hand, die nach einer Verletzung längere Zeit geschont, d. h. außer Funktion gesetzt wird. Und so ist es ohne weiteres klar, daß — trotz der besonderen anatomischen Widerstandsfähigkeit der Gefäßwände — eine durch Erschütterung alterierte, überreizte und damit geschwächte Blutgefäßwandung dem normalen Blutdruck einen geringeren Widerstand entgegensetzt, daß ferner diese Schwäche der getroffenen Stelle mehr und mehr zunimmt und schließlich zu einer Verdünnung und Zerrung des geschwächten Gewebes und damit zur Entwicklung eines Aneurysmas führen kann. Aus allen diesen Gründen glaube ich eben, daß schon der bloßen Erschütterung der Gefäße auch ohne eigentliche Zusammenhangstrennung der Intima die größte Bedeutung beizumessen ist, und ich glaube ferner, daß auf dieser Basis der Folgewirkungen mehr Aneurysmen entstehen, als uns überhaupt bisher bekannt ist.

Jedenfalls dürften diejenigen traumatischen Aneurysmen, die erst allmählich sich entwickeln, meist in der soeben geschilderten Weise zur Ausbildung kommen, während die nach Verletzungen rasch entstehenden und stürmisch verlaufenden Aneurysmata sich wohl direkt im Anschluß an kleine Einrisse der Intima (Aneurysma dissecans) bilden.

In Übereinstimmung mit dem, was ich über die Bedeutung der bloßen Erschütterung großer Gefäße bemerkt habe, möchte ich aber noch ferner darauf hinweisen, daß ich in denjenigen Fällen, bei denen durch die Leichenöffnung das Vorhandensein selbst ausgedehnter arteriosklerotischer Veränderungen festgestellt wird, die bedingungslose Verneinung der Frage, ob das Aneurysma trotz des anscheinend arteriosklerotischen Ursprunges nicht doch auf einen Unfall zurückzuführen sei, nicht ohne weiteres für gerechtfertigt halten würde.*) Tausende von Menschen sind mit Arteriosklerose behaftet, ohne daß dieselben gerade infolge eines durch ihre Arteriosklerose entstandenen Aneurysmas zugrunde gehen. Im Gegenteil dürfte in den zahllosen Arteriosklerose-Todesfällen nur für die kleinere Anzahl ein Aneurysma die direkte Veranlassung zum Tode sein. Ich kann mir aber sehr wohl vorstellen, daß ein Stoß vor die Brust eines mit ausgedehnter Arteriosklerose behafteten Menschen die schon kranke Gefäßwand der Aorta in so erheblichem Maße alteriert, daß nun erst in dem am stärksten erschütterten Gefäßwandungsgebiet eine Schwächung eintritt, die zu ausgedehntem Aneurysma und zu raschem Tode führt. Ein derartiger Todesfall würde unter bestimmten Voraussetzungen, analog mehrfachen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes, im Sinne einer den Tod unmittelbar veranlassenden und erheblich beschleunigenden Ursache als Folge der erlittenen Verletzung anzusprechen sein.

Ich möchte nun im nachstehenden über einen äußerst interessanten, tödlich verlaufenen Fall eines nach Verletzung entstandenen Aortenaneurysmas berichten, den ich — nach vorgängiger Behandlung durch mehrere Kollegen — zusammen mit einem dieser

*) Dr. Pantzer, Vierteljahrschrift für gerichtl. Medizin und öffentliches Sanitätswesen 1898 II. Heft S. 313.

Kollegen in meinem früheren Amtsbezirk Kreis Ziegenrück zu beobachten und durch die vorgenommene Leichenöffnung aufzuklären Gelegenheit hatte:

Der Bergrat S. in Z., ein vollkommen gesunder und ungewöhnlich kräftiger Mann von 44 Jahren erlitt im August 1903 einen heftigen Stoß vor die linke Brust dadurch, daß er gelegentlich eines ihn im hohen Grade erregenden Dienstgeschäftes in der Absicht, rasch in sein Arbeitszimmer einzutreten, mit voller Wucht vor die Kante der halbgeöffneten Türe rannte. Er wurde für einige Augenblicke bleich und empfand offenbar, trotzdem er sich den anwesenden Personen gegenüber zu beherrschen versuchte, einen außerordentlich heftigen Schmerz an der getroffenen Stelle der linken Brustwand. Einige Zeit nach dem Unfall fühlte er sich wieder wohl und verrichtete ohne Störung seine Dienstgeschäfte. Nach etwa 3—4 Monaten stellten sich bei ihm allerlei unbestimmte Beschwerden, wie Druckgefühl in der Brust, nächtliche Unruhe, Müdigkeit und dergleichen ein, deren Intensität allmählich zunahm. Dem Druckgefühl in der Brust gesellte sich eine sich mehr und mehr steigernde Kurzatmigkeit und deutliche Kräfteabnahme zu. Anfang des Jahres 1904 konsultierte Patient seinen Hausarzt, der aber trotz eingehender Untersuchung keine nachweisbaren krankhaften Veränderungen finden und nur eine „Nervosität" feststellen konnte. Die genannten Beschwerden, insbesondere die Brustschmerzen und die Mattigkeit, wurden immer heftiger, dazu trat im Frühjahr 1904 eine anfänglich geringe, dann immer stärker werdende Heiserkeit, so daß Patient selbst seine Leiden für Lungenschwindsucht hielt. Auch die erneute Untersuchung durch einen Arzt gab keinerlei Anhaltspunkte für eine bestimmte Diagnose, insbesondere keinerlei lokale Erscheinungen eines vermuteten Lungen- und Kehlkopfleidens oder einer sonstigen Organerkrankung. Der Arzt konnte nur eine hochgradige „Nervosität und Hypochondrie" feststellen und veranlaßte daher den seelisch und körperlich sehr heruntergekommenen Patienten, Mitte Juni, zur Erholung den Luftkurort Ziegenrück aufzusuchen. Hier kam er in recht schlechtem Zustande an und begab sich in Behandlung des Kollegen Herrn Dr. Reif in Z. Dieser hegte schon während der Behandlung mit Rücksicht auf den Kräfteverfall und auf die erheblichen Brustbeschwerden beim Fehlen irgendwelcher tuberkulöser Krankheitserscheinungen und mit Hinsicht auf die Heiserkeit und die festzustellende Parese des aufsteigenden Astes des linken N. recurrens die Vermutung, daß es sich um einen malignen Mediastinaltumor bzw. um ein Aortenaneurysma handle, dessen Druck auf den genannten Nerven die Heiserkeit bewirkte.

Am Abend des 26. Juni erlitt der Herr S., dessen Zustand sich täglich verschlimmert hatte, im Beisein des Herrn Dr. Reif einen plötzlichen Blutsturz, durch den in mehreren Stößen nicht unerhebliche Mengen Blut herausbefördert wurden, verfiel in Agonie und verstarb am frühen Morgen des 27. Juni.

Auf Wunsch der Angehörigen, die an der Aufklärung der Frage, ob der Tod eine Folge des erlittenen Bruststoßes sei, ein wesentliches Interesse hatten, nahm ich am 28. Juni, zusammen mit Herrn Kollegen Dr. Reif-Ziegenrück, die Leichenöffnung vor. Dabei fand sich in der Hauptsache folgendes:

Die Leiche war die eines ungewöhnlich kräftigen Mannes; irgendwelche äußere Verletzungen, insbesondere Verletzungen der linken Brustwand fanden sich nicht. In der Kopfhöhle und Bauchhöhle wurden krankhafte, den Eintritt des Todes veranlassende oder beschleunigende Veränderungen nicht festgestellt. Dagegen bot die Brusthöhle folgenden bemerkenswerten Befund:

In beiden Brusthöhlen nur wenig blutige Flüssigkeit, der Herzbeutel schlaff. Die beiden Ventrikel des Herzens enthalten nur sehr geringe Mengen flüssigen Blutes, die Wände der beiden Ventrikel sind schlaff, im übrigen am Herzen nichts Abnormes. Bei der kunstgerechten Herausnahme des Herzens finden sich in der Intima des Anfangsstückes der Aorta einige deutlich verdickte, grau-weiß verfärbte Stellen, die beim leichten Reiben in bröcklige Massen zerfallen. Die Lungen waren sehr blutreich, das Gewebe ziemlich brüchig, auf Druck entleert sich viel blutiger Schaum.

Nach Herausnahme der Lungen zeigte sich eine vor der Wirbelsäule liegende weiche Geschwulst von der Größe einer kräftigen Kinderfaust, die mit der Gesamtumgebung mehr oder weniger fest verwachsen war. Diese Geschwulst wurde im Zusammenhang mit Luftröhre, Speiseröhre, Kehlkopf, Schlund und Zunge herausgenommen. Nach sorgfältiger Trennung und Besichtigung der einzelnen Teile fand sich, daß die Geschwulst dargestellt wurde durch eine erhebliche, sackförmige Erweiterung des oberen Bogens der großen Herzschlagader, die an dieser Stelle mit einer großen Menge fester Blutgerinnsel fast ganz ausgefüllt war. An der Stelle, an der der Aortenbogen dem linken Bronchus anlag, befand sich in der hinteren Wand der Aorta eine bohnengroße, lochartige Öffnung mit unregelmäßigen, gefetzten Rändern, durch die ein Durchbruch in die Luftröhre erfolgt war. Die Perforationsöffnung in der Luftröhre war indessen ziemlich klein und nur schwer aufzufinden. In dem aneurysmatisch erweiterten Wandgebiet der Aorta fanden sich in der Intima in der Umgebung der Perforationsöffnung verschiedene grauweiße, bröcklige Erweichungsherde, die sich bis in den Anfangsteil der linken Carotis communis fortsetzten. In der Luftröhre war eine geringe Menge blutigen Schleimes. Weitere krankhafte Veränderungen wurden, auch bei der Untersuchung der übrigen großen Gefäße, bei der Sektion nicht festgestellt. Auf Grund des Leichenbefundes gaben wir unser vorläufiges Gutachten dahin ab, daß das geplatzte, in die Luftröhre durchgebrochene Aortenaneurysma die Todesursache sei, und daß die Entstehung des Aneurysmas möglicherweise auf einen Unfall zurückzuführen sei.

Nach einigen Monaten wurde ich nun behufs Feststellung der von der Witwe des Verstorbenen wegen des „Betriebsunfalles ihres Mannes mit nachfolgendem Tode" geltend gemachten höheren Pensionsansprüche vom Oberbergamt in H. um ein motiviertes Gutachten in der Sache ersucht; gleichzeitig mit dieser Aufforderung erhielt ich eine eingehende Darstellung der Vorgeschichte des Falles (die protokollierten Aussagen sämtlicher Zeugen des Unfalles, der Anverwandten und der vorbehandelnden Ärzte), wie ich dies oben schon näher beschrieben habe, und gab nunmehr folgendes Gutachten ab:

D., d. 24. 10. 1904.

Auf Ersuchen des Oberbergamtes in H. erstatte ich im nachstehenden ein Gutachten über die Frage, ob die von mir bei Eröffnung der Leiche des Bergrates S. am 28. Juni 1904 in Ziegenrück als Todesursache festgestellte Ausbuchtung der Herzschlagader mit Sicherheit auf einen am 5. August 1903 erlittenen Unfall (Stoß vor die linke Brust, wie aus den Akten ersichtlich) des Bergrates S. zurückzuführen ist.

Bei der Leichenöffnung am 28. Juni hatte ich in Gemeinschaft mit Herrn Dr. Reif in Ziegenrück festgestellt, daß

1. Der Tod des S. eingetreten war infolge Platzens einer krankhaften, hochgradigen Wandausbuchtung der großen Herzschlagader (Aneurysma aortae),
2. daß dieses Aneurysma der Herzschlagader die direkte Folge eines Erweichungsprozesses der inneren Gefäßwandung war und
3. daß andere Krankheitserscheinungen, welche den Eintritt des Todes hätten veranlassen oder auch nur beschleunigen können, an der Leiche nicht festzustellen waren.

Nach dem Befunde der Obduktion und nach den nunmehr vorliegenden Bekundungen der vorbehandelnden Ärzte, insbesondere der mir gegebenen ausführlichen Darstellung des Herrn Dr. Reif-Ziegenrück, der den Kranken wenige Wochen vor dem Tode in Behandlung genommen und beobachtet hat, kann es gar keinem Zweifel mehr unterliegen, daß die zu Lebzeiten des S. beobachteten, damals schwer erklärbaren Krankheitserscheinungen und Klagen — Schmerzen in der linken Brust, Kurzatmigkeit, Nervosität, Mattigkeit, fahles Aussehen, Heiserkeit mit partieller Lähmung eines den Kehlkopf versorgenden Nerven, schließlich Blutsturz und hochgradiger Kräfteverfall — sämtlich in der Entwicklung bzw. in dem Bestehen des schließlich geplatzten Aneurysmas ihre einwandfreie Erklärung finden.

Um nun darüber Klarheit zu gewinnen, inwieweit das den Tod verursachende Leiden eine Folge des im August 1903 erlittenen Unfalles sei, müssen wir folgendes erwägen: Ein Aortenaneurysma kann als ein Folgezustand verschiedener Erkrankungen, insbesondere Herzkrankheiten, primärer Gefäßentzündungen, Blutgefäßverkalkungen, Syphilis und im Anschluß an Verletzungen zur Entwicklung kommen. Gerade die Entwicklung eines Aneurysmas als Folge der Einwirkung einer stumpfen, verletzenden Gewalt ist in neuerer Zeit in zahlreichen Fällen beobachtet worden, so daß nach dem heutigen Stande der Wissenschaft dem Unfall als Entstehungsursache für das Aneurysma eine große Bedeutung beizumessen ist. Übertragen wir diese wissenschaftlichen Erfahrungen auf den vorliegenden Fall, so müssen wir zu folgendem Schluß kommen:

Daß das Aneurysma des S. die Folge einer Herzerkrankung, einer Syphilis oder irgendeiner allgemeinen Blutgefäßerkrankung sein könnte, ist völlig ausgeschlossen. Denn einmal ist S. bis zu seiner Verletzung im August 1903 ein vollkommen gesunder blühender Mann gewesen, dann aber hat sich auch bei der Leichenöffnung kein Anzeichen einer der genannten Krankheiten gefunden, vielmehr war der in der Herzschlagader gefundene Erweichungsprozeß der Gefäßinnenwandung lediglich auf die Aorta und das Anfangsstück der von dieser ausgehenden großen Halsschlagader beschränkt.

Im August 1903 hat nun der bis dahin völlig gesunde Bergrat S. einen heftigen Stoß vor die linke Brust erlitten, der zweifellos eine erhebliche Erschütterung des Brustkorbes, der Brustorgane und schließlich eine Alteration, vielleicht sogar einen kleinen Einriß der sehr feinen und leicht verletzbaren Innenhaut der Herzschlagader (Intima aortae) bewirkt hat. Derartige kleine Verletzungen der Innenhaut einer großen Schlagader machen oft anfänglich gar keine Beschwerden; erst allmählich kommt es zu einer leichten Entzündung an der Verletzungsstelle, die hier zu einer allmählich sich ausbreitenden Erweichung der inneren Gefäßwand führt, die erweichte Gefäßwand dehnt sich unter der Einwirkung des ständigen Blutdruckes mehr und mehr aus, es kommt zu einer immer größer werdenden sackförmigen Wandausbuchtung, die schließlich an der schwächsten Stelle zum Platzen kommen kann. Zweifellos hat sich die Entwicklung eines Aortenaneurysmas auch bei dem Bergrat S. in dieser Folge abgespielt.

Der Umstand, daß S. vor der Verletzung völlig gesund war, daß er erst im Anschluß an den Unfall erkrankte, und daß die Krankheitserscheinungen und Beschwerden sich in einer Weise steigerten, die dem Bilde der Entwicklung eines Aneurysmas durchaus entspricht, schließlich die charakteristischen Erscheinungen des plötzlich eintretenden Todes und der spätere Leichenbefund sprechen unter Berücksichtigung der oben ausgeführten wissenschaftlichen Erfahrungen mit unverkennbarer Deutlichkeit für einen direkten Zusammenhang zwischen Unfall und eingetretenem Tode.

Nach alledem gebe ich mein endgültiges Gutachten dahin ab, daß der Tod des Bergrates S. als eine direkte Folge des im August 1903 erlittenen Unfalles anzusehen ist.

Dr. R.

Auf Grund dieses Gutachtens ist der Witwe des Verstorbenen die dreifach höhere Pension zugebilligt worden.

Der vorstehende Fall ist in mehrfacher Hinsicht interessant und lehrreich. Er zeigt zunächst wieder einmal, wie schwierig es unter Umständen ist, das Vorhandensein eines Aortenaneurysmas am Lebenden zu diagnostizieren. Die bei Perkussion der Brust oft zu findende Dämpfung über dem Aortenaneurysma, Pulsation, Schwirren der Brustwand waren hier seitens der behandelnden Ärzte trotz eingehender Untersuchung nicht festzustellen. Erst das Auftreten der Heiserkeit und der Kehlkopfbefund konnten zu der Vermutung führen, daß es sich um die Wirkung eines Druckes auf den linken Nervus recurrens durch einen in der Brusthöhle wachsenden Tumor handle. Ob das Aneurysma durch die ja außerordentlich heftige bloße Erschütterung der großen Herzschlagader oder infolge eines durch die genannte Erschütterung entstandenen Einrisses der Intima zustande gekommen ist, ließ sich durch die Obduktion nicht feststellen; das wird in solchen Fällen überhaupt oft schwer bzw. unmöglich sein, da ein stattfindender Erweichungsprozeß leicht die Erkennung einer solchen Verletzung der Intima unmöglich machen wird. Nach dem schon oben gesagten glaube ich, daß die große Gewalt des Stoßes und die dadurch bewirkte Erschütterung der Brustorgane allein schon hinreichend war, die verhängnisvolle Erkrankung der Gefäßwandung hervorzurufen. Ich möchte aber hierbei noch besonders darauf hinweisen, daß der Bergrat S. sich im Moment der stattfindenden Verletzung — infolge einer sehr unliebsamen Auseinandersetzung mit einem Untergebenen — im Zustande hochgradiger Erregung befand! Wenn wir bedenken, daß heftige Erregungen eine erhebliche Drucksteigerung im Herzen und den großen Gefäßen hervorrufen, daß ferner Fälle bekannt geworden sind, in denen starke Gemütsbewegungen eine plötzliche Ruptur der — allerdings krankhaft veränderten — Aorta bewirkt haben*), so ist es aus rein physikalischen Erwägungen ohne weiteres klar, daß ein heftiger Stoß vor die Brust, der gerade das infolge hochgradiger Erregung unter starker Spannung stehende Aortenrohr erschüttert, dasselbe erheblich schwerer alterieren wird, als wenn der Stoß im Zustande der Körperruhe die unter normalem Druck stehende Aorta treffen würde.

Man kann unter diesen Umständen also wohl mit vollem Recht behaupten, daß die starke Gemütserregung im Augenblick der stattfindenden Verletzung in besonderem Maße zu der gefährlichen Entwicklung der Unfallsfolgen beigetragen hat. Ich glaube daher, daß es von Wert ist, bei einer Entscheidung darüber, ob ein Aortenaneurysma auf einen Unfall zurückzuführen ist, auch immer der Frage der Gemütsverfassung, in der sich der Verletzte zur Zeit des Unfalles befand, Aufmerksamkeit zuzuwenden.

Schließlich möchte ich noch kurz bemerken, daß nach meiner Ansicht — wie schon aus meinem Gutachten hervorgeht — das

*) F. Leppmann, Ärztl. Sachverst.-Zeitung 1900. Wann sind Zerreißungen der großen Körperschlagader als Unfallfolgen zu betrachten? S. 277.

eigentliche, den raschen Tod direkt herbeiführende Moment nicht in dem Blutsturz, der beim Durchbruch des Aneurysmas in die Luftröhre stattfand, d. h. also nicht in dem Blutverlust — denn der war hier nicht unbedingt tötend gewesen — sondern lediglich und in der Hauptsache in dem Bersten der großen Herzschlagader zu suchen ist. Das Bersten der Aorta allein muß unbedingt schon einen Stillstand des Herzens herbeiführen, die Blutung aber ist hier — von einzelnen Fällen abgesehen — nur das den Tod beschleunigende Ereignis.

Über einen Fall traumatischer Nervenerkrankung mit Paralysis agitansähnlichen Symptomen.

Von

Dr. **Georg Flatau,** Berlin.

Nervenarzt.

Ich hatte Gelegenheit, in der Klinik für Unfallverletzte des Herrn Dr. Georg Müller eine Kranke zu sehen, die in gutachtlicher und differentialdiagnostischer Beziehung manches Interessante bot, weshalb ich den Fall an dieser Stelle veröffentliche.

Fräulein I. R., 42 Jahre alt, verunglückte am 25. Juli 1900 dadurch, daß sie von einer Treppe herunterstürzte, wie hoch, weiß sie selbst nicht anzugeben. Sie war bewußtlos und wurde auf der rechten Seite liegend vorgefunden, der rechte Arm lag unter dem Kopfe. Sie hatte Verletzungen an der rechten Kopfseite und auf der Nase. Der rechte Arm war gebrochen. Am rechten Bein befanden sich blutunterlaufene Stellen. Der rechte Arm wurde in einen Schienenverband gelegt und blieb dann 3 Tage in Hang. Danach wurde der Arm eingerenkt und in einen Gipsverband gelegt, welcher 4 Wochen liegen blieb. Sie hatte Schmerzen im rechten Bein, ein wüstes Gefühl im Kopf, litt an Vergeßlichkeit und Schwindelgefühl. Nachdem der Arm aus dem Verband genommen war, war er steif und wurde mit mechanischen Bewegungen und Massage behandelt. Dabei hatte sie große Schmerzen auszuhalten. Auch eine Schwellung des rechten Handrückens soll bestanden haben. Einige Monate nach der Verletzung bemerkte sie ein Zittern, zunächst im rechten Arm und in der rechten Hand. Erst später nahm dasselbe bis zu dem jetzt noch zu beschreibenden Zustande zu. Über ein Zittern im linken Arm weiß sie selbst nichts anzugeben.

Bei der Untersuchung gibt sie folgende Beschwerden an: Sie klagt jetzt über Schwäche und abnormes Gefühl im rechten Oberschenkel, auch ein Zittern im rechten Arm soll sich eingestellt haben, ferner das Zittern der rechten Hand, das sie dadurch zu bekämpfen sucht, daß sie den Arm mit der linken Hand fixiert. Dann klagt sie über Kopfschmerzen und zeitweise auftretendes Schwindelgefühl. Herzklopfen besteht nicht, dagegen Aufgeregtheit und Empfindlichkeit gegen Geräusch. Beim Blick nach unten besteht Schwindel, beim Herabgehen von einer Treppe Ängstlichkeit und Unsicherheit.

Die heutige Untersuchung ergibt: Der Gesichtsausdruck ist starr. Sehr auffallend ist die Seltenheit des Lidschlages. Beim Kehrtmachen fällt keine wesentliche Schwindelerscheinung, auch keine Langsamkeit in der Bewegung auf. Die Kopfbewegungen werden ohne Steifigkeit ausgeführt. Die Augenbewegungen sind frei, die Pupillenreaktion sehr lebhaft. Beim ruhigen Stehen sieht man zunächst Zitterbewegungen der rechten Hand, die auch den Arm mit erschüttern. Durch aktive Bewegungen, Heben des Armes, Reichen der Hand, wird das Zittern für einen Augenblick vollständig beseitigt. Am linken Arm sieht man auch eine Andeutung des Zitterns, aber in viel geringerem Maße als am rechten. Durch die aktiven Bewegungen der linken Hand wird auch für einen Augenblick der Tremor der rechten Hand unterdrückt.

Die rechte Hand ist ein wenig nach der Ellenbogenseite abduziert. Das Handgelenk ist etwas verdickt, Muskelschwund an der Hand ist nicht wahrzunehmen. Läßt man sie die Finger einzeln bewegen, so ist eine bemerkenswerte Verlangsamung der Fingerbewegungen nicht vorhanden. Beim Händedruck wird mit der rechten Hand sehr wenig Kraft geleistet. Die Finger werden nur lose umschlossen, durch Zureden wird die Kraft nur wenig gesteigert. Die Streckung im Ellbogengelenk wird schon durch geringsten Widerstand beseitigt. Läßt man sie Ellenbogen-Beugen- und Strecken mehrere Male hintereinander ausführen, so läßt sich der beschriebene Tremor der Hand auf eine ganz geraume Zeit vollkommen unterdrücken. Nachdem man die oben genannten Bewegungen eine Zeitlang hat ausführen lassen, läßt sie ermüdet den Arm hängen, und auch jetzt fehlt der Tremor für ungefähr 2 Minuten ganz. Auch wenn man die ausgestreckten Hände vorn zusammenbringen läßt und diese Bewegung mehrere Male hintereinander wiederholt, so hört der Tremor vollkommen auf.

Knie- und Achilles-Phänomen sind beiderseits stark. Das ganze rechte Bein fühlt sich kühler an als das linke. An den Armen besteht kein Temperaturunterschied. Angeblich werden Nadelstiche auf der ganzen rechten Seite mehr empfunden als links. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt leichtes Schwanken ein. Beim Bücken und Wiederaufrichten macht sich keine wesentliche Schwindelerscheinung bemerkbar. Beim Blick nach oben tritt kein Schwindel ein. Bei Aufgeregtheit wird das Zittern wesentlich heftiger, im Schlaf soll dasselbe ganz aufhören. Durch Suggestion im wachen Zustande läßt sich das Zittern nicht beeinflussen, hingegen läßt sich in einer eingeleiteten Hypnose eine geringe Verminderung der Stärke des Zittern herbeiführen.

Auf Grund der Beobachtung und Untersuchung ist jedenfalls das Vorhandensein eines nervösen Leidens festgestellt, dessen hauptsächliches Zeichen der beschriebene Tremor der Hände ist. Es handelt sich zunächst auch darum, festzustellen, welcher Art dieses Leiden ist. Unter den mit Zittern der Hände einhergehenden nervösen Erkrankungen, die nach Unfällen beobachtet werden, nenne ich zunächst folgende: Die Sklerosis multiplex, die Paralysis agitans und die rein nervöse Form des Unfall-Zitterns. In unserem Falle können wir Sklerosis multiplex ausschließen, da das Zittern nichts Charakteristisches für diese Krankheit hat und auch sonst alle diese Leiden entsprechenden Zeichen durchaus fehlen.

Für Paralysis agitans würde zunächst der äußere Anblick der Erkrankten sprechen, der etwas starre Gesichtsausdruck, die Seltenheit des Lidschlages und der Gang der Patientin. Auch findet man häufig bei Paralysis agitans, daß die Kranken das lästige Zittern durch Fixieren der Zitter-Extremität zu unterdrücken suchen. Es hätte in dieser Diagnose auch nicht jener Umstand gestört, daß sich eine Reihe von Symptomen mit diesem Leiden verbanden, die wir als Zeichen traumatischer funktioneller Nervenerkrankungen kennen, so der Schwindel, die Kopfschmerzen, die Zeichen der allgemeinen Aufgeregtheit, Schreckhaftigkeit, die funktionelle Schwäche der vom Unfall betroffenen Seite. Es ist ja bekannt, daß sich mit der Paralysis agitans andere Leiden verbinden können, sowohl organische, wie Tabes, als auch funktionelle Hysterie, Neurasthenie. Indessen hat uns eine eingehende und genaue Beobachtung des Zitterns und eine Analyse dieses Krankheitszeichens, ferner der Umstand, daß eine Reihe noch zu nennender, der Paralysis agitans zugehöriger Symptome durchaus fehlen, veranlaßt, diese Diagnose fallen zu lassen. Zunächst fehlt die Steifigkeit der Nackenmuskulatur, die bei Paralysis agitans sehr ausgesprochen ist, denn hier sind die

Kopfbewegungen aktiv und passiv durchaus frei. Auch in anderen Gelenken wurde nicht nur jede Steifigkeit vermißt, sondern es besteht sogar hier eine Herabsetzung des Muskel-Tonus. Auch bot bei näherer Betrachtung der Gang mehr ein etwas langsames und schwerfälliges Verhalten, nicht jenes charakteristische Vorwärtsschieben und jenes in Phasen geschehende Kehrtmachen, wie man es bei Paralysis agitans-Kranken findet. Das Zittern selbst erwies sich bei näherer Betrachtung als in seiner Schlagfolge schneller und auch ungleichmäßiger als das bei Paralysis agitans. Ferner ließ sich zeigen, daß es durch aktive Bewegungen für wesentlich längere Zeit unterdrückt werden konnte, auch nachdem die aktiven Bewegungen aufgehört hatten. Es erstreckte sich das Zittern auch auf mehrere Muskelgruppen. Es waren nicht nur die Fingergelenke beteiligt, sondern ganz besonders das Handgelenk. Auch die Entstehung im Anschluß an eine mit großen Schmerzen verbundene Gymnastik zur Mobilisierung des versteift gebliebenen Gelenkes sprechen mehr für einen funktionellen Tremor als für den der Paralysis agitans.

Somit kommen wir zu dem Schluß, daß es sich hier um eine Neurose handelt, und zwar um eine Hysteroneurasthenie mit dem besonders ausgeprägten Symptom des Zitterns. Die Zeichen hierfür sind in der oben gegebenen Krankendarstellung genugsam ausgeführt worden und können hier nur noch einmal kurz zusammengefaßt werden. Es waren dies, um mit den subjektiven Beschwerden anzufangen: Die Schreckhaftigkeit, Ängstlichkeit, der Schwindel beim Herabsteigen der Treppe, die Mattigkeit, Ermüdbarkeit neben großer Empfindlichkeit gegen Licht und starkes Geräusch, ferner die Erhöhung der Sehnenphänomene, die Herabsetzung der groben Kraft an der oberen und unteren rechten Extremität, der Überempfindlichkeit für Schmerzreize auf der rechten Körperhälfte und eine Herabsetzung der Temperatur, die sich besonders am rechten Bein der untersuchenden Hand deutlich darbietet.

Daß dieses Leiden als Folge des am 25. Juli 1900 erlittenen Unfalls anzusehen ist, scheint mir sicher, denn nach den unbestritten gebliebenen Angaben der Verletzten ist sie bis zu jener Zeit gesund, jedenfalls aber vollkommen erwerbsfähig gewesen. Ferner hat sich das Leiden ziemlich schnell nach der Verletzung eingestellt und hat besonders die Seite getroffen, welche der Verletzung ausgesetzt gewesen ist, nämlich den rechten Arm und das rechte Bein.*)

Die durch das Leiden verursachte Herabsetzung der Erwerbsfähigkeit wurde auf 60% geschätzt. Man kann sich nicht mit vollkommener Sicherheit darüber aussprechen, ob eine Heilung bzw. eine wesentliche Besserung des Zustandes zu erzielen sein wird. Eine Behandlung zur Erzielung einer Besserung würde sich jedenfalls, wenn auch mit Unterbrechungen, über mehr als ein Jahr hinziehen müssen. Vorgeschlagen wurde die Behandlung in einem Institut für Unfallverletzungen, und sie würde bestehen müssen in Bädern, Anwendung von Elektrizität, Massage, Übungen und schließlich auch in hypnotischer Behandlung, für welche die Patientin nach den angestellten Versuchen nicht ungeeignet erscheint.

Auf die Frage, ob Simulation vorliegt, ein Verdacht, der in diesem Falle mehrmals ausgesprochen wurde, bin ich nicht weiter eingegangen. Es genügt wohl, auf die gegebene Darstellung zu verweisen. Die Frage ist damit im negativen Sinne entschieden.

*) Eine Gesichtsfeld-Einengung bestand nicht.

Aus der Praxis der Berufsgenossenschaften.

Beurteilung der Gebärmutter-Vorfälle vom Standpunkt des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes.

(Ziegelei-Berufsgenossenschaft.)

Ww. Anna Sch. will sich am 3. Juli 1903 einen Gebärmuttervorfall zugezogen haben, als sie beim Ziegelkarren auf dem durch Regen aufgeweichten Wege ausglitt. Anna Sch. setzte an diesem Tage ihre Arbeit fort und holte erst am folgenden Morgen einen Krankenschein. Augenzeugen des angeblichen Unfalls waren nicht vorhanden. Die Genossenschaft wies bei der Zweifelhaftigkeit des Falls den Anspruch auf Rentengewährung zurück. Zu einer anderen Entschließung kam in der Berufungsinstanz das Schiedsgericht, welches den Gebärmuttervorfall als eine direkte Folge des erlittenen Unfalls ansah und der Klägerin eine Teilrente von 25 % zusprach. In dem Rekurs hiergegen wandte die Genossenschaft u. a. folgendes ein: „Die Tätigkeit, welche die Klägerin am 3. Juli 1903 in dem Betriebe ausübte, ging unseres Erachtens nicht über das Maß des betriebsüblichen hinaus. Wie die Sch. bei ihrer amtlichen Vernehmung erklärte, ist sie früher schon oft bei der Arbeit ausgeglitten, ohne daß sie sich einen Schaden zugefügt hat. Wäre der Gebärmuttervorfall infolge des Ausgleitens am 3. Juli 1903 entstanden, so würde die Klägerin nicht in der Lage gewesen sein, ihre Arbeit fortzusetzen, sondern sie hätte dieselbe sofort einstellen und ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen müssen. Nun nimmt auch der Dr. B. in seinem Gutachten vom 29. September 1903 an, daß bei der p. Sch. eine krankhafte Veranlagung schon vorher bestanden hat. Wenn daher bei der Klägerin der Gebärmuttervorfall tatsächlich am 3. Juli 1903 bei der Betriebsarbeit hervorgetreten ist, so kann letztere — ähnlich wie bei Leistenbrüchen — höchtens als die Gelegenheits- nicht aber als die Entstehungsursache angesehen werden; denn der Gebärmuttervorfall hätte ebensogut bei jeder beliebigen Hausarbeit auftreten können. Das Schiedsgericht legt besonderen Wert darauf, daß der Dr. B. in seinem Gutachten angibt, er habe die Klägerin ca. drei Wochen vor dem Unfall an Halsentzündung behandelt. Zu der Zeit sei der Gebärmuttervorfall noch nicht vorhanden gewesen. Nach einer neueren Erklärung des Dr. B. habe dieser ärztliche Sachverständige aber bei seiner damaligen Untersuchung die Gebärmutter gar nicht untersucht. Da also die bezügliche Annahme des Schiedsgerichts nicht zutreffe, so zerfalle auch seine Folgerung."

In der Entscheidung vom 22. September 1904 hat das Reichs-Versicherungsamt unter Aufhebung des Schiedsgerichtsurteils den ablehnenden Bescheid der Genossenschaft mit nachstehender Begründung wiederhergestellt:

„Nach der Erklärung vom 6. Mai 1904 hat Dr. B. das Nichtvorhandensein des Gebärmuttervorfalles bei der Klägerin vor dem 3. Juli 1903 nicht durch eine körperliche Untersuchung festgestellt, sondern nur aus dem Umstande gefolgert, daß die Klägerin, als er sie wegen Halsentzündung behandelte, über ein Gebärmutterleiden nicht geklagt hat. Hiernach ist es, wie die Beklagte mit Recht geltend macht, nicht ausgeschlossen, daß die Klägerin damals doch schon mit dem Gebärmuttervorfall behaftet gewesen ist. Sollte dies aber auch nicht der Fall gewesen sein, so kann doch nicht als erwiesen angesehen werden, daß jenes Leiden auf die von der Klägerin behauptete Weise am 3. Juli 1903 plötzlich und gewaltsam entstanden ist.

Wie die ärztliche, vom Reichs-Versicherungsamt als richtig anerkannte Erfahrung lehrt, entstehen Gebärmuttervorfälle bei Frauen, die, wie die Klägerin, mehrfach geboren haben und schwere körperliche Arbeiten verrichten müssen, aus einer durch diese Vorgänge geschaffenen krankhaften Veranlagung der Ge-

schlechtsorgane in der Regel allmählich, zuweilen in jahrelanger, oft sich kaum bemerkbar machender Entwicklung; hat diese Entwicklung einen gewissen Grad erreicht, so kann, ähnlich wie bei einem durch krankhafte Erweiterung der Bruchpforte sich allmählich ausbildenden Leistenbruche, jede körperliche Kraftleistung, eine ganz leichte tägliche Verrichtung ebenso gut, wie eine außergewöhnliche Anstrengung, das Vorfallen der Gebärmutter vor die äußere Scham herbeiführen. In solchem Falle ist aber die Entstehungsursache des Gebärmutterleidens nicht diejenige Tätigkeit, bei der der Gebärmuttervorfall gerade zufällig hervortritt, sondern die ihr vorangegangene allmähliche und deshalb unbeachtet gebliebene Entwicklung der vorhandenen krankhaften Veranlagung. Anders liegt die Sache, wenn eine plötzliche und gewaltsame Ausdehnung der Gebärmutterbänder durch übermäßige Anstrengung oder durch eine sonstige geeignete Gewalteinwirkung herbeigeführt wird, in welchem Falle allein das Vorfallen der Gebärmutter vor die äußere Scham als durch Unfall verursacht anzusehen ist. Ob das von der Klägerin behauptete und als Ursache ihres Gebärmutterleidens bezeichnete Fehltreten und Ausgleiten beim Schieben einer Karre mit gepreßten Ziegeln oder Röhren überhaupt als ein zur plötzlichen Hervorbringung eines Gebärmuttervorfalls geeigneter Vorgang anzusehen ist, mag dahingestellt bleiben. Denn im vorliegenden Falle ist den mit Rücksicht auf das seltene Vorkommen eines plötzlichen und traumatischen Gebärmuttervorfalls an die Beweisführung zu stellenden strengen Anforderungen nicht genügt, auch eine Ergänzung des Beweises nach Lage der Sache nicht möglich. Die Mitarbeiterinnen, auf die sich die Klägerin in der Rekursgegenschrift beruft, sind bereits polizeilich vernommen worden. Sie haben von einem Ausgleiten oder sonstigem äußerlich sichtbaren Unfall der Klägerin nichts gesehen und nur unbestimmte Angaben darüber machen können, was ihnen die Klägerin über die Entstehung ihres Leidens gesagt hat. Diese selbst hat auch in der Unfalluntersuchungsverhandlung erklärt, sie habe „aus Scham ihren Mitarbeiterinnen den Hergang nicht so genau geschildert, und es sei möglich, daß sich diese nicht mehr genau darauf besinnen könnten.“ Danach war von einer abermaligen Vernehmung der benannten Zeuginnen, nachdem inzwischen ein Zeitraum von mehr als einem Jahre vergangen ist, sowie von sonstigen Erhebungen kein Erfolg zu erwarten. Es kommt aber auch in Betracht, daß die Klägerin, wenn der Gebärmuttervorfall wirklich infolge eines Ausgleitens traumatisch entstanden wäre, höchst wahrscheinlich so heftige Schmerzen empfunden haben würde, daß sie die Arbeit sofort hätte einstellen müssen, und nicht noch an demselben und am nächsten Tage hätte fortsetzen können. Auch würde sie dann vermutlich in anderer Weise zu ihren Mitarbeiterinnen geklagt haben, als dies nach deren Angaben offenbar geschehen ist. Andererseits treffen die Hauptursachen für die allmähliche Entwicklung eines solchen Gebärmutterleidens — mehrfache Entbindungen und schwere körperliche Arbeiten — bei der Klägerin zu. Unter diesen Umständen kann der Gebärmuttervorfall der Klägerin nicht als Folge eines Unfalls, sondern muß als das Ergebnis einer allmählichen krankhaften Entwickelung angesehen werden. Der streitige Anspruch ist daher unbegründet, und es mußte demnach unter Aufhebung des angefochtenen Schiedsgerichtsurteils die Wiederherstellung des ablehnenden Bescheides der Beklagten vom 12. November 1903 erfolgen.“

Referate.

Sammelberichte.

Gewerbehygienische Rundschau.

Von

Dr. E. Roth, Potsdam.

Als wichtigstes Ereignis auf dem Gebiet der Gewerbeaufsicht verdient die Tatsache Erwähnung, daß die zuständigen Ministerien in Württemberg und Baden beschlossen haben, eine Stelle im Gewerbeaufsichtsdienst einem Arzt zu übertragen. Es steht zu hoffen, daß die übrigen Bundesstaaten und vor allem auch Preußen diesem Beispiel bald folgen werden. Daß ein derartiges Vorgehen im wohlverstandenen Interesse der gewerblichen Arbeiter gelegen ist, beweisen die in England und in der Schweiz mit der ärztlichen Fabrikaufsicht gemachten Erfahrungen.

Auf eine weitere Ausgestaltung der ärztlichen Mitwirkung bei der Beaufsichtigung der gewerblichen Betriebe bezieht sich die neueste Arbeit von Sommerfeld „Der Gewerbearzt“ (Jena. Verlag von Gustav Fischer 1905), die zugleich den 6. Band des Handbuchs der Sozialen Medizin von Fürst und Windscheid darstellt.

Der Verfasser geht davon aus, daß die zurzeit bei uns geübte Gewerbeaufsicht an dem Mangel leidet, daß die Förderung des Gesundheitsschutzes der Arbeiter, der das Hauptziel der Arbeiterschutzgesetzgebung ausmachen sollte, dabei zu kurz kommt. Sommerfeld erklärt dies aus dem Umstande, daß wegen des scheinbaren Überwiegens technischer Dinge in der Gewerbeaufsicht die Aufsichtsbeamten zunächst aus den Reihen der Techniker und der ihnen verwandten Betriebe entnommen werden. Der Verfasser gibt eine übersichtliche Darstellung der Entwicklung der Gewerbeaufsicht in Deutschland, bespricht die bisherige Mitwirkung der Ärzte und Medizinalbeamten auf dem Gebiet der Gewerbehygiene und im Anschluß daran die Beteiligung der Ärzte an der Gewerbeaufsicht im Auslande. Die sich hieraus ergebenden Schlußfolgerungen zieht Sommerfeld in den letzten Abschnitten, die von der Notwendigkeit der Einsetzung besonderer Gewerbeärzte, ihrer Vorbildung und ihrer Stellung im Gewerbeaufsichtsdienst handeln.

Gestützt auf die Anschauungen hervorragender Gewerbehygieniker, die Beschlüsse des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, des Preußischen Medizinalbeamtenvereins und die Verhandlungen der parlamentarischen Körperschaften und unter Hinweis auf das außerordentliche Wirken ärztlicher Fabrikinspektoren in England und in der Schweiz (Horner, Baker, Schuler) kommt der Verfasser zu dem Schluß, daß die gesundheitliche Überwachung der gewerblichen Betriebe die volle Tätigkeit eines sachgemäß vorgebildeten Arztes erfordere. Nur darin weicht der Verfasser von den bisherigen Befürwortern einer weitergreifenden ärztlichen Mitwirkung auf dem Gebiet der Gewerbehygiene ab, daß er diese Tätigkeit besonderen „Gewerbeärzten“ übertragen wissen will, weil speziell die Medizinalbeamten bei dem großen Umfang ihrer sonstigen amtlichen Tätigkeit zur Übernahme der Funktionen des Gewerbearztes außerstande seien. Sommerfeld verlangt für den Gewerbearzt die Befugnis, selbstständig die Gewerbebetriebe zu besichtigen und durch sorgfältige Beobachtung und eingehende Studien die Grundlagen für die gemeinsamen Beratungen mit dem Gewerbeaufsichtsbeamten und für gesetzliche Maßnahmen zu schaffen. Auch die gesundheitliche Überwachung der Hausindustrie und der Heimarbeit wie des durch das Reichsgesetz, betr. Kinderarbeit in gewerblichen Betrieben geregelten Kinderschutzes will der Verfasser den Gewerbeärzten übertragen wissen.

Nachdem inzwischen Württemberg und Baden die Heranziehung von Ärzten zur Gewerbeaufsicht beschlossen haben und zu hoffen steht, daß auch die übrigen Bundesstaaten und speziell Preußen diesem Beispiel folgen werden, wird zunächst abzuwarten sein, daß einsichtsvolle Gewerbeunternehmer die in ihren Betrieben beschäftigten Arbeiter der dauernden Kontrolle tüchtiger Fabrikärzte unterstellen, und daß der Staat die Fabrikaufsicht nach der gesundheitlichen Seite durch vermehrte Heranziehung der Medizinalbeamten weiter ausbaut. Ob in weiterer Folge aus den Reihen der Ärzte und insbesondere den Medizinalbeamten besondere Fabrik- oder Gewerbeärzte oder eigentliche Gewerbeaufsichtsbeamte sich entwickeln werden, läßt sich zurzeit noch nicht entscheiden. Daß das Ziel ein erstrebenswertes ist, wird dem auf dem Gebiet der Gewerbehygiene bewährten Verfasser bereitwillig zuzugeben sein.

Der Gewerbeinspektor Rasch bespricht in der Concordia 1904 (Bg. 14 u. 15) die Frage der Milzbranderkrankungen in Gerbereien. Hauptsächlich sind hier diejenigen Arbeiter gefährdet, die die Felle aus den Weichen entnehmen, die mit der Arbeit in den Schwitzkammern beschäftigt sind und die beim Anschwöden und am Baum beschäftigten Arbeiter. Bemerkenswert ist die Mitteilung von Rasch, daß unter den gefährdeten Arbeitern besonders häufig jüngere Arbeiter sich befinden, wofür er die Erklärung darin findet, daß die älteren Gerber mehr oder weniger schwere Karbunkelerkrankungen durchgemacht haben, wie die vielfachen deutlichen Hautnarben zeigen. Hieraus schließt Rasch, daß ein großer Teil der Gerber durch frühere Milzbranderkrankungen bis zu einem gewissen Grade immun geworden ist. Jedenfalls ist sicher, daß bei den Gerbereiarbeitern sehr viel leichte Fälle von Milzbrand vorkommen, die überhaupt nicht zur ärztlichen Feststellung kommen. Eine Beseitigung der Gefahr wird auch hier nur von einem fortschreitenden Verständnis und einer kontrollierenden Mitwirkung der Arbeiter bei der Durchführung der besonderen Unfall- und Krankheitsverhütungsvorschriften zu erwarten sein; außerdem muß dafür gesorgt sein, daß beim ersten Auftreten verdächtiger Krankheitserscheinungen der Erkrankte einem in der Erkennung des Milzbrands erfahrenen Fabrik- oder Vertrauensarzt und ev. einer geeigneten Anstaltsbehandlung zugeführt wird. Diese ärztlichen Feststellungen müssen während der Arbeitszeit stattfinden. Wünschenswert bleibt außerdem die Fortbezahlung des Lohnes während der ersten drei Tage einer milzbrandverdächtigen Erkrankung.

Die Ziegeleien vom sanitären Standpunkt bespricht Passek im Österreichischen Sanitätswesen (Beilage zu Nr. 25 vom 23. Juni 1904). Passek fand bei seinen Besichtigungen österreichischer Ziegeleien außerordentlich ungünstige hygienische Verhältnisse; Arbeitszeiten von 16 bis 17 Stunden gehörten in den Handbetrieben nicht zu den Seltenheiten. Je nach der Beschaffenheit des Terrains, der vorherrschenden Windrichtung und der chemischen Beschaffenheit des Ziegelguts und des Heizmaterials wird die Umgebung durch die Rauchgase mit ihrem Gehalt an schwefliger Säure, an Salzsäure und Fluorwasserstoffsäure und durch die sauren Nebel mehr oder weniger gefährdet. Für die Arbeiter kommt einmal die Unfallsgefahr beim Maschinenbetrieb und durch abstürzende Lehmmassen beim Abbau in Betracht, ferner die schwere körperliche Arbeit beim Treten des Tons, beim Lehmtransport und am Schlagtisch, die Temperatureinflüsse am Brennofen und beim Auskehren der heißen Kammern. Dementsprechend sind es vor allem rheumatische Muskelerkrankungen, Lendenweh, Reizungszustände der Schleimhäute, Lungenentzündungen und Verdauungsstörungen und bei den Brennern außerdem Augenleiden und Hautausschläge, die sich bei den Ziegeleiarbeitern bemerklich machen. Die sanitären Forderungen Passecks beziehen sich vornehmlich auf die Beschaffenheit der Arbeitsstätte und der Wohnung, die Bereitstellung geeigneter Aufenthaltsräume, einwandsfreien Trinkwassers, zweckentsprechender Aborteinrichtungen, sowie auf die Einschränkung der Arbeitszeit und den Verwendungsschutz von Frauen und jugendlichen Arbeitern.

Eine interessante Studie über gefährliche Heimarbeit als Beitrag zur Wohnungsfrage veröffentlicht Elster im zweiten Heft des ersten Bandes des Archivs für Soziale Medizin und Hygiene. Nachdem Elster auf die Verbreitung der Heimarbeit und deren Gefahren hingewiesen, bespricht er die Bedeutung der Wohnungsfrage bei der Bekämpfung der sozialhygienischen Gefahren der Heimarbeit. Seine Ergebnisse faßt Elster dahin zusammen, daß bei der Regelung des Wohnungswesens Bestimmungen über die zulässige Belegung der Wohnungen mit Heimarbeiterinnen nicht vergessen werden dürfen. Damit das Heimgewerbe aus dem Schlupfwinkelgewerbe befreit wird, ist ein Hinausziehen der Industrie auf das Land, und zwar zunächst der Hausindustrie zu begünstigen und für die landhausmäßige Bebauung der Vorstädte und ein gutes Verkehrswesen Sorge zu tragen. Bei der Ausübung der Wohnungsaufsicht muß diesen Verhältnissen Beachtung geschenkt werden. Endlich stellt Elster zur Erwägung, ob nicht die Arbeitgeber für die Verbesserung der Wohnungsverhältnisse der für ihren Betrieb tätigen Heimarbeiter in irgendeiner Weise heranzuziehen wären.

Besondere Erwähnung und Anerkennung vom gesundheitlichen Standpunkt verdient der Beschluß der Generalversammlung des Zentralverbandes der Ortskrankenkasse im deutschen Reich, der am 22./23. August 1904 in München tagte, und der eine Ausdehnung der Krankenkontrolle bei den Krankenkassen und deren Ausbau im hygienischen Sinne (Ausübung einer gewissen Wohnungsaufsicht), Sorge für die erforderlichen Desinfektionsmittel empfahl. Auf Antrag der Ortskrankenkasse für die Gewerbebetriebe der Kaufleute zu Berlin sollen außerdem alle deutschen Krankenkassen zum Erlaß von Krankheitsverhütungsvorschriften aufgefordert und außerdem die Reichsregierung angegangen werden, bei einer Abänderung des Krankenversicherungsgesetzes den Krankenkassen das Recht der Kontrolle derjenigen Betriebe einzuräumen, welche nicht der Aufsicht der Gewerbeinspektoren unterstellt sind.

In Lübeck hat der Senat unter dem 30. Mai 1904 eine neue Bäckereiverordnung erlassen, die sich auf die hygienischen Einrichtungen in den Bäckereien bezieht, und u. a. Vorschriften über ausreichende natürliche Belichtung, tägliche halbstündige Lüftung der Arbeitsräume, tägliche Reinigung des Fußbodens, Erneuerung des Kalkanstrichs der Wände und Decken, Mindestluftraum von 10 cbm. für den Arbeiter, Begrenzung der Höchsttemperatur auf 35° C und außerdem Vorschriften über Sitzgelegenheiten, Aufstellung von Spucknäpfen, Bereitstellung von ausreichenden Ankleide- und Waschräumen mit entsprechenden Bedarfsgegenständen, von zweckentsprechend gelegenen Aborten etc. enthält. Die körperliche Reinigung sowie die Unterbringung von Kleidern in den Arbeitsräumen und die Beschäftigung von Arbeitern, welche an ansteckenden und ekelerregenden Krankheiten leiden, ist verboten.

In einem Erlaß des Handelsministers vom 25. Juni 1904 wird die Anlegung offen liegender Ausgleichs- und Klärbassins für alle durch Fabrikabgänge verunreinigten Abwässer namentlich in großen chemischen Fabriken nach dem Vorgang des Regierungs-Gewerberats in Düsseldorf befürwortet. Der Vorteil einer derartigen Einrichtung besteht darin, daß einmal die Sink- und Schwebestoffe zurückgehalten werden, und daß ein gleichmäßiger auf Tag und Nacht verteilter Ablauf aller bedenklichen Flüssigkeiten nach einer entsprechenden Verdünnung derselben ermöglicht wird. Außerdem würden hierdurch die Behörden in die

Lage versetzt werden, jederzeit feststellen zu lassen, wie die ablaufenden Flüssigkeiten beschaffen sind, und ob es notwendig ist, neben der gleichmäßigen Verteilung des Ablaufs auf den ganzen Tag auch noch eine zeitweise Neutralisierung der Abwässer in den Ausgleichsbassins eintreten zu lassen.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit für das zweite Halbjahr 1904.

Von Prof. Dr. P. Silex und Dr. Paul Cohn-Berlin.

I. Unfallkunde und Invaliditätswesen.

1. Feststellung des Wertes eines geschädigten oder verlorenen Auges bei Unfallentschädigung.

2. **Baudry.** Des maladies oculaires simulées, provoquées, entretenues ou aggravées. (La médicine des accidents du travail. Juni 1904).

3. **Goldzieher.** Schädelverletzung und Blindheit. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Mai 1904).

4. **Groenouw.** Kasuistische Beiträge zur Erwerbsfähigkeit bei Sehstörungen. (76. Vers. deutscher Naturforscher u. Ärzte in Breslau. Ref. in Zeitschr. f. Augenheilk. XII. 5. S. 669).

5. **Hanke.** Die Berufs- oder Gewerbeerkrankungen des Auges. (Samml. zwangloser Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk. VI. Band. 2. Heft. Halle a. S. Marhold).

6. **Herford,** über artefizielle Augenentzündungen. (Samml. zwanglos. Abhandl. aus dem Gebiete der Augenheilk. V. Band, 8. Heft. Halle a. S. Verlag von Carl Marhold).

7. **de Lantsheere.** Evaluation du dommage causé par les accidents oculaires du travail. (Soc. belge d'Ophthalmol. 24. April 1904).

8. **Pfalz.** Die Spätdiagnose traumatischer Netzhautablösung. (Zeitschr. f. Augenheilk. August 1904).

9. **Pick.** Glaukom nach Unfall. (Zeitschrift für Augenheilk. August 1904).

10. **Sala.** Einige seltene Glaukomformen. (Klin. Mon. f. Augenheilk. April 1904).

11. **Schmeichler.** Simulation von Augenleiden. (Wiener Med. Wochenschr. 16--23, 1904).

(1) In der ersten Diskussionssitzung des X. internationalen Ophthalmologenkongresses zu Luzern am 14. September 1904 wurde diskutiert über 1. Feststellung der oberen und unteren Grenze der erwerblichen Sehschärfe, 2. Vorschläge, für prozentuale Begutachtung feste Werte zu gewinnen, 3. reelle und eventuelle Unfallfolgen, 4. Einseitige Erblindung und Einäugigkeit, 5. Einseitige Sehschwäche, 6. Doppelseitige Sehschwäche. Schließlich stellt Kuhnt-Königsberg den Antrag, durch Sammelforschung in den einzelnen Ländern das nötige Material zusammen zu tragen, wozu Kommissionen ernannt werden sollen. Der Antrag wird angenommen und eine internationale Kommission ernannt, die das Tatsachenmaterial bearbeiten und die Ergebnisse auf dem nächsten Ophthalmologenkongreß publizieren soll. Es soll dann versucht werden, zu einer endgültigen Lösung der bezüglichen Fragen zu gelangen.

Nach Baudry (2) gehört die Bindehautentzündung zu den — besonders in der Armee, in Gefängnissen etc. — am häufigsten vorgetäuschten Krankheiten. Zu ihrer Erzeugung dienen die verschiedensten chemisch oder mechanisch reizenden Mittel, wie Pulver, Tabaks- oder Zitronensaft, Salz, Sublimat, Höllenstein etc. Bei einer einseitigen, jeder Behandlung trotzenden Bindehautentzündung wird man bei einer Person, die ein Interesse daran hat, stets an eine künstliche Entstehungsursache denken müssen; weitere Fingerzeige wird die genaue Inspektion des Auges, eventuell auch die bakteriologische Untersuchung des Sekretes geben. Ein gut angelegter Schlußverband wird oft Heilung bringen. Häufig kommt es auch vor, daß mit granulöser Bindehaut-, Hornhautentzündung befallene Arbeiter ihre Krankheit auf das Eindringen von Staub- oder Metallteilchen in das Auge während der Arbeit schieben, während man höchstens eine Verschlechterung des Leidens durch derartige Schädlichkeiten konstatieren kann. Alles in allem muß man sich bewußt sein, wie schwierig es unter Umständen sein kann, eine einfache Bindehautentzündung von einer durch eine äußere Schädlichkeit entstandenen zu unterscheiden; ebenso schwierig ist es auch, bei Verbrennungen der Hornhaut und Bindehaut nachträglich ein Urteil über die Entstehung der Verletzung abzugeben.

Was die Entzündungen resp. Blutungen der tieferen Teile des Auges (Regenbogenhaut, Aderhaut, Netzhaut) anbelangt, so sind Leute mit einer Allgemeinerkrankung, wie Syphilis, Zuckerkrankheit, Nierenentzündung, natürlich leicht geneigt, eine derartige Augenveränderung einem irgendwie einmal das Auge betroffen habenden, wenn auch noch so geringem Unfall zur Last zu legen. In derartigen Fällen wird man das Trauma als Ursache nur anerkennen nach Ausschluß aller sonstigen ätiologischen Faktoren und bei Anwesenheit offenbarer Spuren eines Unfalles. Auch das Entstehen eines Wundstares wird man abhängig machen von noch zu konstatierenden Überresten einer Verletzung. Bei Linsenverschiebungen nach Prellung des Auges wird man darauf achten müssen, ob nicht schon vorher entzündliche Veränderungen vorlagen, die das Zustandekommen der Verschiebung begünstigten. Ähnlich verhält es sich mit den Netzhautablösungen. Auch hier wird man zur Erklärung der Entstehung der Krankheit einen vorher erlittenen Unfall nur nach Ausschluß aller anderen Krankheitsursachen heranzuziehen haben.

Goldzieher (3) hatte den Fall eines 38jährigen Mannes zu begutachten, der auf beiden Augen Sehnervenschwund, sowie Zeichen beginnender Rückenmarksschwindsucht aufwies. Die Sehverschlechterung war angeblich erst einige Zeit nach einem erlittenen Unfall aufgetreten. (Fall aus einem fahrenden Schnellzug, Gehirnerschütterung, vielfache Schädelbrüche.) Die Frage, ob der Sehnervenschwund als Folge des Unfalles oder als Begleiterscheinung der konstatierten Rückenmarksschwindsucht anzusehen ist, ist sehr schwer mit Sicherheit zu entscheiden. Daß durch die Schädelverletzung eine Läsion der Sehnerven, etwa durch Blutung in die Sehnervenscheiden, gesetzt worden war, ist mit größter Wahrscheinlichkeit anzunehmen, so daß der Unfall mittelbar den Sehnervenschwund verursacht hätte, wenn es auch nicht von der Hand zu weisen ist, daß die Erblindung des Kranken von seiner Rückenmarksschwindsucht in Abhängigkeit zu bringen ist. Da es Tatsache ist, daß in ca. 30% aller Fälle von Rückenmarksschwindsucht Sehnervenschwund auftritt, daß in einzelnen seltenen Fällen sogar das Augenleiden als Frühsymptom der Allgemeinerkrankung beobachtet wird, so muß doch mit der Annahme gerechnet werden, daß die Erblindung durch Sehnervenschwund auch dann eingetreten wäre, wenn der Kranke überhaupt nie eine Schädelverletzung erlitten hätte.

Genauere von Groenouw (4) erhobene Feststellungen der Erwerbsverhältnisse einer größeren Anzahl von Rentenempfängern der Landesversicherungsanstalt Schlesien mit erheblichen Sehstörungen ergaben folgende Schlüsse hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit: Für Berufsarten, die sehr geringe Ansprüche an das Sehen stellen, insbesondere für landwirtschaftliche Arbeiter und Handlanger, besteht bei einer Sehschärfe von $^1/_{10}$ auch nur auf einem Auge, genügende Arbeitsgelegenheit vorausgesetzt, in der Regel noch volle oder wenig verminderte Erwerbsfähigkeit, wenn die Herabsetzung der Sehschärfe allmählich und nicht plötzlich eingetreten ist. Hochgradig Kurzsichtige, welche die

genannte Sehschärfe nur für die Nähe, nicht aber für die Ferne erreichen und eine korrigierende Brille nicht tragen, machen keine Ausnahme. Es erscheint daher durchaus angemessen, im übrigen gesunden und kräftigen Personen, welche Arbeiten mit sehr geringen optisch-erwerblichen Ansprüchen verrichten, die Invalidenrente erst dann zuzubilligen, wenn ihre Sehschärfe weniger als $^1/_{10}$ beträgt.

In der Diskussion des Vortrages wird von verschiedenen Seiten die alte, ebenso richtige wie wichtige Forderung betont, die einzelnen Fälle mehr zu individualisieren.

Hanke (5) behandelt in topographischer Einteilung die Gewerbekrankheiten des Auges und seiner Adnexe. Es können von gewerblichen Schädigungen betroffen werden: die Bindehaut, die Hornhaut, die Linse, die Netzhaut, der Sehnerv und die Augenmuskeln. Nach der Natur der Schädlichkeit, dem Weg und der Art ihrer Einwirkung lassen sich beobachten:

1. Direkte Schädigung durch gasförmige oder feste Substanzen, Bindehaut- und Lidrandentzündung bei allen, die Witterungsunbilden, schlechter Luft und sonstigen äußeren Schädlichkeiten ausgesetzt sind,
   Bindehautentzündung der Tulpenzwiebelarbeiter,
   Steinimprägnation der Hornhaut bei Steinbrucharbeitern,
   gürtelförmige Hornhauttrübung bei Hutscherern, Maurern, Stahlschleifern etc.
   Typische Hornhauttrübung bei Arbeitern in Nitronaphthalin- und Anilinfabriken.
   Hornhautentzündung der Austernöffner,
   Ernährungsstörung der Hornhaut bei Caissonarbeitern,
   Starbildung bei Glasbläsern.
2. Indirekte Schädigung auf dem Wege der Blutbahn, zum Teil toxische Schädigung der Sehnerven als Teilerscheinung allgemeiner Schwefelkohlenstoff-, Nitro-, Dinitro-, Amidobenol-, Bleiintoxikation bei Arbeitern in Gummi- und Sprengstoffabriken, Schriftsetzern, Malern, Lakierern etc.
3. Nervöse Störungen: Augenzittern bei Grubenarbeitern, Augenmuskelkrampf bei Uhrmachern und Schützen.

Entsprechend ihrem geringen Umfang gibt die Arbeit einen zwar nur kurzen, aber doch so gut wie vollständigen Überblick über alle in Frage kommenden Krankheiten. Bei der Augenentzündung der Tulpenzwiebelarbeiter hätte auch die durch die Primula obconica hervorgerufene Bindehautentzündung der Gärtner, eine in den letzten Jahren vielfach beschriebene Erkrankung, erwähnt werden können.

Will Verfasser die Begriffe Unfallerkrankung und Gewerbeerkrankung in Kürze so präzisieren, daß der Unfall ein akutes, dagegen die Gewerbeerkrankung ein chronisches Übel darstellt, so müßte in die erste Rubrik auch die chronische, durch einen Unfall akut verschlimmerte Gewerbeerkrankung eingereiht werden, eine Auffassung, der auch zahlreiche Entscheidungen unserer Gerichtshöfe für Arbeiterfürsorge beipflichten.

Im ganzen ist das Schriftchen nicht nur dem Augenarzt, sondern auch jedem Sachverständigentätigkeit ausübenden Arzt bestens zu empfehlen.

Selbstbeschädigungen des Auges begegnet man nach Herfords (6) Ausführungen schon im Kindesalter, bei Schulpflichtigen, besonders häufig bei jungen Leuten, die sich der Militärpflicht entziehen wollen; ferner neuerdings bei Mitgliedern von Krankenkassen und Unfallversicherungen. Die hierzu verwandten Mittel sind sehr mannigfaltiger Art, vom systematischen Reiben des Auges mit den Fingern bis zum Einbringen der verschiedensten Fremdkörper in den Bindehautsack, z. B. von Körnern aller Art, Wollfäden, Haaren. Bei der Behandlung dieser durch mechanische Reizmittel verursachten Entzündungen ist natürlich zuerst sorgfältig auf Fremdkörper zu fahnden; entdeckt man einen solchen nicht, so muß man durch sorgfältige Überwachung im Krankenhause, durch Anlegen von festen Verbänden, ev. sogar von Handfesseln und Zwangsjacke einen Erfolg zu erzielen versuchen.

Schwerere Selbstbeschädigungen des Auges werden durch Verletzungen mit scharfen Instrumenten, wie Nadeln, Messern etc. hervorgerufen, meist in der Absicht, eine Linsentrübung herbeizuführen.

Auch chemisch wirksame Substanzen müssen dem Zwecke dienen, artefizielle Augenentzündungen hervorzurufen, wie z. B. Kalk, Höllenstein, Canthariden, Tabak, Pfeffer, Salz, Senfpulver, Sublimat, Pottasche, Bleizucker, gelegentlich auch Säuren und Alkalien. Die durch derartige Mittel entstandene Entzündung hat ein sehr charakteristisches Aussehen, indem sie fast immer nur einseitig auftritt und auf die untere Übergangsfalte lokalisiert ist.

Wie zum Zweck der Selbstbeschädigung werden durch chemisch wirksame Mittel Augenentzündungen auch erzeugt aus Bosheit, Rachsucht oder anderen verbrecherischen Gründen.

An diese Fälle schließen sich diejenigen an, die durch unvorsichtigen oder unrichtigen Gebrauch von Medikamenten künstlich erzeugt werden. Die Hauptrolle spielen hierbei Höllenstein, Sublimat, Kalomel, Formalin. Auch Atropin, ja sogar Bor kann gelegentlich zu stärkeren Entzündungserscheinungen Veranlassung geben.

Anzureihen sind hier die Entzündungen, die absichtlich erzeugt werden, um einen trachomatösen Pannus oder sonstige Hornhauttrübungen zur Rückbildung zu bringen. An Stelle des früher viel gebrauchten Trippersekretes verwendet man jetzt hierzu nach wissenschaftlich ausgearbeiteter Methode das Jequirity-infus. Dafür spielt aber der blennorrhoische Eiter bei der unbeabsichtigten Infektion des Auges immer noch eine sehr große Rolle.

Auch durch Teile tierischer oder pflanzlicher Körper können — ev. auch zum Zweck der Selbstbeschädigung, Augenentzündungen erregt werden. Hierher gehören Spinnen, spanische Fliegen, Maiwürmer, Marienkäfer, Ameisen, Wanzen, verschiedene Kröten, Raupen, dann Euphorbiaceen, Primeln, Zwiebeln.

Höchst selten nur werden als Mittel zur Selbstbeschädigung dienen: Verbrennungen des Auges durch offene Flammen, explodierendes Pulver, Wachs, Harz, Siegellack, Pech, Schwefel, Blei in geschmolzenem Zustand, durch glühend gemachte Nadeln, Brennscheren, durch glimmende Zigarren, Streichholzköpfchen etc. Bei derartigen Verletzungen dient meist die Hornhaut als Angriffspunkt.

Lantsheeres (7) Vortrag enthält für den deutschen Sachverständigen keine neuen Momente zur Beurteilung von bei der Arbeit entstandenen Augenunfällen, da er ausschließlich einen Auszug aus den bekannten deutschen Werken von Becker, Thiem, Groenouw, Magnus, Maschke, von Ammann darstellt. Es werden besprochen: der Begriff der Erwerbsfähigkeit, Anforderungen an die zentrale Sehschärfe (nach Magnus, Silex, Radcziejewski), physiologische Sehschärfe, Gesichtsfeld, Augenmuskeln, und deren Schädigungen, Verlust einer Linse, Einbuße eines Auges, Herabsetzung der zentralen Sehschärfe eines Auges, sei es daß vor dem Unfall die Augen normal oder nicht normal waren, Herabsetzung der Konkurrenzfähigkeit, Hornhautflecke und ihre Folgen, entzündliche Reizerscheinungen, Accommodationsstörungen, und schließlich die sympathischen Reizungen und Entzündungen.

Es ist zu bedauern, daß Verfasser das Material, das ihm als Arzt der belgischen Staatseisenbahn wahrscheinlich reichlich zu Gebote steht, zu der vorliegenden Veröffentlichung nicht ausgenützt oder doch wenigstens nicht mitgeteilt hat.

Pfalz (8) betont, wie schwierig die Beantwortung der Frage ist, wie lange nach einem stumpfen Trauma eine mit Sicherheit oder doch größter Wahrscheinlichkeit darauf zurück-

zuführende Netzhautablösung für unsere Untersuchungsmethoden unentdeckt bleiben kann. Ein von ihm beobachteter Schleifer wies eine ophthalmoskopisch erkennbare Netzhautablösung erst fünf Wochen nach einer erlittenen Prellung des Augapfels auf. Es ist als wahrscheinlich anzunehmen, daß in solchen Fällen die zuerst nur geringfügige und weit nach vorne liegende, also mit dem Augenspiegel nicht zu diagnostizierende Netzhautablösung als unmittelbare Folge der Quetschung gleich nach dem Unfall entstanden war und sich erst im Laufe der Zeit vergrößert hat, daß es sich also nicht um eine nachträgliche Entstehung der Netzhautablösung, sondern um eine Spätdiagnose derselben, beruhend auf dem anfänglich verborgenen Sitz und dem geringfügigen Umfang, handelt. Es folgt hieraus, daß der Zeitraum zwischen Unfall und Diagnostizierbarkeit der Ablösung ein begrenzter sein muß. Offenbar aber kann dieser Zeitraum durch körperliche Anstrengungen oder Erschütterungen stark abgekürzt werden.

Pick (9) hatte den Fall eines Maschinisten zu begutachten, dem vor einem Jahre ein starker Wasserstrahl in das geöffnete rechte Auge gespritzt war. Das Auge war nach Angabe des Mannes einige Tage schmerzhaft und entzündet gewesen. Bald darauf nahm die Sehkraft ab und stellten sich zeitweise Verdunkelungen und Regenbogenfarbensehen ein. Die Untersuchung ergab das Vorhandensein eines chronischen entzündlichen Glaukoms, verbunden mit Veränderungen der Aderhaut, der Linse und Glaskörpertrübungen. Während die letztgenannten Veränderungen zweifellos als direkte Unfallfolgen anzusehen sind, wird man das Auftreten des Glaukoms wohl als indirekte Unfallfolge aufzufassen haben. Erstens kann die Trübung der Linse mit einer Vermehrung ihres Volumens und so mit Zunahme des Druckes im Augeninnern einhergehen, und zweitens ergab der Verlauf der Beobachtung eine krankhafte Veränderung der Aderhaut- und Netzhautgefäße, und kann diese Störung in dem Blutgefäßsystem wohl als ein weiteres Mittel für die ein Glaukom bewirkenden pathologischen Veränderungen angesehen werden.

Für die praktische Beurteilung der Frage ist es gleichgültig, ob nicht schon von vornherein bei dem Manne eine gewisse glaukomatöse Disposition bestand.

Aus der Arbeit von Sala (10) über die Entstehung einiger seltener Formen von grünem Star interessieren hauptsächlich diejenigen, die als direkte Unfallfolgen aufzufassen sind. Es handelt sich in zwei Fällen um eine heftige Prellung des Augapfels, durch einen gegenfliegenden Flaschenkork resp. durch einen Schlag. Die Ablassung des Vorderkammerwassers brachte in beiden Fällen prompte Heilung. Die Entstehung des grünen Stares erklärt sich wohl aus einer durch das Trauma gesetzten Gefäßlähmung in der Regenbogenhaut und im Ziliarkörper, die zur Bildung eiweißhaltigen Exsudates in der Vorderkammer führte, welches die normalen Abflußwege der Kammer verlegte und so zur Drucksteigerung führte.

Schmeichler (11) behandelt in einer außerordentlich interessanten Monographie, die sich hauptsächlich auf das umfangreiche Material der „Arbeiter-Unfallversicherungsanstalt für Mähren und Schlesien" stützt, das in den letzten Jahren nach Schöpfung der obligatorischen Arbeiter-Unfallversicherung so aktuell gewordene Thema der Simulation von Augenleiden. Er unterscheidet Simulationen bei Augenverletzungen, mit besonderer Berücksichtigung des Zusammenhanges zwischen Unfall und Befund, ferner Simulationen von Augenkrankheiten inklusive künstlich erzeugter Affektionen, und geht in einem dritten Abschnitt auf die verschiedenen Methoden der Entlarvung simulierter Blindheit oder Sehschwäche ein, um schließlich noch der Prophylaxe der Simulationen einige Worte zu widmen. Die einzelnen Abschnitte der Arbeit sind mit einer großen Zahl eingestreuter Krankengeschichten vorzüglich illustriert. Seine zusammenfassenden Schlußsätze sind: 1. Um jeder Simulation am Auge Herr zu werden, gehört nicht nur spezialistische Ausbildung, sondern auch eine ausreichende Routine im Verfahren gegen Simulanten. 2. Von den künstlich erzeugten Augenkrankheiten hat — weil häufiger vorkommend — nur die artefizielle Pupillenerweiterung und der absichtlich erzeugte Bindehautkatarrh größere Bedeutung. 3. Je krasser die Simulation der Funktionsstörung, und je größer die Differenz zwischen objektivem Befund und der angeblichen Sehleistung ist, desto leichter gelingt die Entlarvung des Simulanten. 4. Bei Begutachtung einer Simulation genügt die Angabe, daß die Sehschärfe nicht den Angaben des Patienten entspricht, nicht; es muß vielmehr die wirklich vorhandene Sehschärfe mit allen Mitteln festgestellt werden. Denn die Entscheidung über die materiellen Folgen der herabgesetzten Funktion eines Organes liegt Laien ob, und nur bestimmte ärztliche Daten können die Grundlage eines bestimmten Urteiles des Laien bilden. 5. Von den verschiedenen Methoden zur Entlarvung der Simulation von Sehschwäche sind diejenigen die besten, die gleichzeitig mit der Feststellung der Simulation überhaupt die wirklich vorhandene Sehschärfe anzeigen. (Verschiedenfarbige Gläser, Vorhalten eines stark geschliffenen Glases vor das gesunde Auge, Stereoskop.) 6. Simulation nach Verletzungen des Auges ist schwerer zu entlarven als die an anderen Körperteilen, erstens, weil es sich um Berücksichtigung sehr feiner Details handelt, zweitens, weil die Entscheidung, was direkte Folge der Verletzung und was vor derselben bestanden, manchmal sehr bedeutenden Schwierigkeiten unterliegt, und drittens, weil zuweilen der Unterschied des Abnormen, aber noch in physiologischen Grenzen liegenden, vom Pathologischen nur dem mit dem Gebrauch des Augenspiegels sehr vertrauten Arzte klar sein kann. 7. Simulation bei Augenverletzungen kommen in vierfacher Form vor: a) es hat überhaupt keine Verletzung stattgefunden, b) es hat eine Verletzung stattgefunden, aber der Hergang derselben wird gefälscht, c) es wird nach einer Verletzung ein mit dieser nicht im Zusammenhang stehender Krankheitsprozeß absichtlich auf die Verletzung bezogen, d) es werden die Folgen einer Verletzung simuliert oder übertrieben. 8. Die Statistik lehrt, daß Simulationen nach Augenverletzungen häufiger sind, als gewöhnlich angenommen wird. Da ein Teil derselben immer unentdeckt bleibt, und dieser Prozentsatz mit der Steigerung der Simulationszahl naturgemäß immer größer wird, so kann die unrechtmäßige Verleihung der Unfallrente an Simulanten mit der Zeit dazu führen, daß die Arbeiter-Unfallversicherung ihrer sozialen Aufgabe, dem Verletzten den Verlust seiner Erwerbsfähigkeit zu ersetzen, nicht mehr gerecht werden kann.

II. Eisensplitterverletzungen und Magnetoperationen.

12. **Hirschberg.** Ein neuer Riesenmagnet. (Zentralblatt für prakt. Augenheilk. Juni 1904.)

13. **Hosch.** Zur Einheilung metallischer Fremdkörper in die Netzhaut. (Archiv f. Augenheilk. XL. IX. 3. Heft.)

14. **Krailsheimer.** Magnetoperation. (Ophthalmol. Klinik Nr. 14.)

Zur Entfernung von Eisensplittern aus dem Augeninnern hat Hirschberg (12) nach Angaben des Ingenieurs von Dolivo-Dobrowolsky von der Firma Dörffel und Färber, Berlin, Friedrichstraße 105a, einen neuen Riesenmagneten anfertigen lassen. Derselbe ist mit Stahlseilen an einem leichten, aber festen, konsolartigen, an der Wand befestigtem Eisengestell aufgehängt. Das Gestell ist um Scharniere drehbar und kann bei Nichtgebrauch an die Wand gedreht werden. Der Magnet kann in horizontaler und vertikaler Richtung eingestellt, und können Patienten demnach in sitzender oder liegender Stellung operiert

werden. Ferner ist der Magnet um seine vertikale Achse drehbar, ohne daß sich die Stahlseile verwirren. Diese Achse läuft auf Stahlkugeln. Der Magnet läßt sich in jede beliebige Höhe bringen mit Hilfe einer Schraubenspindel, an deren Mutter die Stahlseile, welche über Rollen geführt werden, befestigt sind. Bei Drehung der Schraubenkurbel nach rechts hebt sich der Magnet, nach links senkt er sich.

Jedes der Stahlseile hat eine Bruchbelastung von 1200 kg. Da der Magnet selbst ca. 80 kg wiegt, so ist hierdurch eine dreißigfache Sicherung gegen Zerreißen der beiden Seile gegeben.

Wicklung und Kern sind angefertigt für den Anschluß an 220 Volt. Mittelst eines Rheostaten läßt sich die Zugkraft des Magneten auf $^2/_3$ und $^1/_3$ der vollen Stärke reduzieren.

Die Zugkraft selbst wurde gemessen mit einer Eisenkugel von etwa 4 mm Durchmesser = $^1/_4$ Grammgewicht und ergab in Kugelgewichten ausgedrückt:

1	2	5	10	20	50	100	Kugelgewichte.
8,5	6,5	5	4	2,75	1,25	1,8	vertikaler Abstand in cm.
12	9,5	7,75	6,5	5	3,75	2,4	horizontaler Abstand in cm.

Sämtliche Messungen wurden am Flachpol (ohne Sonde) ausgeführt, mit Objekten, die auf einer Glasplatte lagen.

Die Annahme, daß metallische Fremdkörper definitiv in der Netzhaut einheilen können, erweist sich bei genügend langer Beobachtungsdauer eines derartigen Falles immer als hinfällig. Auch Hosch (13) mußte schließlich in zwei Fällen von Stahlsplitter in der Netzhaut (bei dem einen nach achtjährigem, bei dem anderen nach fünfmonatlichem Verweilen im Augeninnern) zur Entfernung des Augapfels wegen auftretender Reizerscheinungen am zweiten Auge schreiten. Man muß sich also auf den Standpunkt stellen, selbst den kleinsten Splitter aus dem Augeninnern so schnell als irgend möglich zu entfernen.

Der von Krailsheimer (14) veröffentlichte Fall von Eisensplitterverletzung bietet besonderes Interesse einerseits durch den ungewöhnlich guten Erfolg der Magnetoperation, andererseits dadurch, daß ein wiederholter Versuch der Entfernung des Splitters mit dem Riesenmagneten mißlang, während die Einführung des Hirschbergschen Handmagneten (mit Akkumulatorenanschluß) mittelst Lederhautschnitt in das Augeninnere den Fremdkörper sofort zutage förderte.

III. Sonstige Verletzungen.

15. **Friedenwald.** Stichwunde in die Occipitalgegend mit nachfolgender homonymer Hemianopsie. (Ref. in Archiv f. Augenheilk. XLIX. 3. Heft.)

16. **Gagarin.** Ein Fall von Evulsio nervi optici utriusque. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Sept. 1904.)

17. **Köhler.** Wichtiger Röntgenbefund bei Schrotschuß ins Auge. (Berl. Klin. Wochenschr. 1904. Nr. 34.)

18. **Langenhan.** Perforierende Verletzungen des Augapfels durch Mannschaftschrankschlüssel. (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift. 1904. Nr. 2.)

19. **Lingsch.** Cataracta traumatica nach Blitzschlag. (Wien. Med. Woch. Nr. 23. 1904.)

20. **Mills.** Aufklärung einer traumatischen Katarakt. (Ref. in Archiv f. Augenheilk. XLIX. 3. Heft.)

21. **Salzer.** Über eine ungewöhnliche Fremdkörperverletzung der Orbita. (Münchn. Med. Woch. Nr. 25.)

22. **Santucci.** Der traumatische Vorfall der Tränendrüse und die Zweckmäßigkeit ihrer Exstirpation. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk. Mai 1904.)

23. **Scherenberg.** Fremdkörperphlegmone der Orbita. (Ref. in München. Med. Woch. 1. März 1904. S. 415.)

24. **Weiß.** Ein Beitrag zur Kasuistik der traumatischen hinteren Polarkatarakt. (Klin. Monatsbl. für Augenheilk. Sept. 1904.)

25. **Wicherkiewicz.** Kann eine von ihrem Ziliaransatze abgelöste Irisspontan wieder anheilen? (Klin. Mon. für Augenheilk. April 1904.)

Friedenwald (15) beobachtete bei einem Mann, der mit einem Taschenmesser einen Stich in den Hinterkopf erhalten hatte, unter gelegentlichem Auftreten von epileptiformen Krämpfen eine typisch linksseitige Hemianopsie. Es ist anzunehmen, daß der Stich eine Blutung in den Cuneus und die Fissura calcarina verursacht hat, welche zu einer Verletzung der Sehstrahlung führte.

Den wenigen bisher beobachteten Fällen von Ausreißung des Sehnerven reiht sich der von Gagarin (16) beschriebene als ein Unikum — weil beiderseitig — an. Ein Bauer war von einem heftigen Hufschlag ins Gesicht getroffen worden. Es entstand eine Splitterfraktur zahlreicher Gesichtsknochen und der Schädelbasis, welche zu einer Kontinuitätstrennung beider Sehnerven führte infolge vollständiger und dabei in beiden Augen gleichzeitig entstehender Zerschmetterung oder Zerreißung ihres Gewebes. Das Augenspiegelbild war das für Sehnervenzerreißung charakteristische: der Sehnervenkopf fehlt; an seiner Stelle bemerkt man einen dunkeln, beinahe schwarzen Fleck von der Größe des Sehnervenkopfes, ohne alle Gefäße. Der Fleck scheint irgendwo weit hinter dem übrigen Augenhintergrund zu liegen, dabei sind an ihm keinerlei Farbennuancen oder Lichtreflexe zu entdecken; mit anderen Worten: an Stelle des Sehnerven findet sich ein Loch.

Köhler (17) wies bei einer Schrotschußverletzung mittels Röntgenstrahlen einen Fremdkörper im Auge nach. Der Widerspruch, der darin lag, dass einerseits der Augenspiegelbefund ein negativer war, der Fremdkörper also nicht im Augeninnern sitzen konnte, und daß andererseits ein zweites bei ruhiger Kopflage und bei Bulbusbewegung aufgenommenes Radiogramm eine Lageveränderung des Fremdkörpers ergab, der Fremdkörper demnach also auch nicht in der Orbita fest eingekeilt sitzen konnte, erklärt sich zwanglos mit der Annahme, daß das Schrotkorn in der Nähe der Eintrittsstelle des Sehnerven in der Lederhaut, also in der äußeren Umhüllung des Augapfels seinen Sitz gefunden hatte.

Bei zwei Soldaten beobachtete Langenhan (18) den Augapfel eröffnende Hornhautverletzungen durch Entgegenschlagen des Schrankschlüssels, der an allzu langem Band am Brustbeutel befestigt war und beim Turnen am Querbaum gegen das Auge geschleudert wurde.

Lingsch (19) beobachtete an einem sonst völlig gesunden Korporal, acht Monate nachdem derselbe von einem Blitzschlag getroffen war, eine völlige Linsentrübung beider Augen. Daß das Augenleiden, bei der Abwesenheit jeglichen anderen ätiologischen Momentes, mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang zu bringen ist, erscheint zweifellos. Auf welche Weise der Blitzschlag eine Linsentrübung herbeizuführen imstande ist, ist mit völliger Sicherheit noch nicht klargelegt; die Ansichten der Autoren gehen auseinander, ob eine mechanische, thermische oder chemische Wirkung vorwiegt. Es scheint indessen, daß die wesentlichste Wirkung den ultravioletten Strahlen des Blitzes zuzuschreiben ist.

Mills (20) Patient war durch eine Pulverexplosion zu Schaden gekommen. Ein Pulverkorn war durch die Regenbogenhaut durchgeschlagen und bis zur vorderen Linsenkapsel gelangt, die ganze Linse war rauchig getrübt. Nach drei Wochen war an der Vorderfläche der Regenbogenhaut eine umschriebene

Verfärbung zu konstatieren; aus ihrer Hinterfläche ragte ein Rest des Kornes heraus. Die Linsentrübung hatte sich völlig aufgeklärt bis auf eine umschriebene Kapseltrübung. Das Sehvermögen, das auf Erkennen von hell und dunkel gesunken war, war wieder zur normalen Höhe gestiegen.

Von Salzer (21) wird durch Zurückschnellen eines Peitschenriemens das Eindringen des ca. $1^1/_2$ cm langen, bei dem gerade herrschenden Frost hart gefrorenen Endes des Riemens in die Augenhöhle durch das Oberlid hindurch mitgeteilt. Erst nach dreiwöchentlicher Behandlung stieß sich der seltsame Fremdkörper, von dessen Qualität man keine Ahnung gehabt hatte, durch einen langen Fistelgang beim Verbandwechsel ab, worauf schnelle Heilung erfolgte.

Durch Aufschlagen gegen eine Mauerkante zog sich Santuccis (22) Patient eine Rißwunde am rechten oberen Augenlid zu, aus der die Tränendrüse vorgefallen war. Der vorgefallene Teil wurde abgetragen, die Wunde vernäht und glatte Heilung erzielt. Verf. rät, dieses Verfahren in allen ähnlichen Fällen einzuschlagen, erstens weil die einmal verschobene und dann an ihren anatomischen Platz reponierte Drüse mit Wahrscheinlichkeit doch der Atrophie verfällt, zweitens weil bei der Abtragung mit größerer Sicherheit ein tadelloses kosmetisches Resultat zu erzielen ist, als bei konservativem Verfahren, und drittens, weil es erwiesen ist, daß zur Erzielung der nötigen Schlüpfrigkeit des Augapfels viel weniger die Tätigkeit der Tränendrüse wie die der vielfachen Bindehaut- und Lidknorpeldrüsen in Betracht kommt, also der Entfernung der Tränendrüse keinerlei Bedenken funktioneller Art entgegenstehen.

Scherenberg (23) berichtet im Allg. ärztl. Verein zu Köln über eine Zellgewebsentzündung der Augenhöhle, entstanden durch das Eindringen eines 2,5 cm langen Holzsplitters. Das kosmetische Endresultat nach Entfernung des Splitters war bei erhaltener Form und Beweglichkeit des Auges ein gutes; jedoch trat Erblindung auf, offenbar infolge direkter Verletzung des Sehnerven durch den Splitter im Foramen opticum.

Weiß (24) beobachtete einen Arbeiter, der eine durchbohrende Hornhautverletzung durch einen Eisenspan erlitten hatte. Die Linse war nicht verletzt. Der Splitter wurde sofort entfernt. Es erfolgte glatte Heilung. Bei der Entlassung des Mannes zeigte die hintere Linsenkapsel eine höchst eigenartige, ihre äußere Hälfte einnehmende, gleichmäßig ausgebreitete, sich aus allerfeinsten braunen Pünktchen zusammensetzende Trübung, die sich in den nächsten Wochen fast völlig von selbst wieder aufsaugte. Der Mechanismus der Entstehung der Trübung ist im vorliegenden Falle, in dem eine Verletzung der Linse selbst mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, völlig unklar.

Wicherkiewicz' (25) Patient erlitt durch einen Steinwurf einen Bluterguß in die vordere Augenkammer und eine Abreißung der Regenbogenhaut von ihrem ziliaren Ansatz in einer Breite von ca. 7 mm. Nach fünftägiger Behandlung mit kräftigen pupillenerweiternden Mitteln zeigte es sich, daß die Abreißung nicht mehr zu konstatieren war. Zu diesem selten glücklichen Ausgang hat wohl neben der kräftigen Pupillenerweiterung hauptsächlich eine durch den Unfall gesetzte Verschiebung der Linse beigetragen, die sich gerade auf die Stelle des Ziliarkörpers einstellte, wo die Abreißung erfolgt war, und so ein Zusammenkleben der Wundränder begünstigte.

IV. Intoxikationen.

26. **Berger.** Sehstörung infolge der Anwendung eines anilinhaltigen Haarfärbemittels. (Archiv für Augenheilk. L, 4. Heft.)

27. **Rodger.** Vergiftung mit Atropin-collyrium. (Neue Therapie, Juni 1904.)

28. **Stülp.** Über Erblindung nach Darreichung von Extract filic. mar. (Ref. in Woch. f. Therap. u. Hyg. des Auges, 1. Juli 1904.)

Berger (26) beobachtete bei einer Dame, die, wie sich später herausstellte, ein anilinhaltiges Haarfärbemittel benutzte. Herabsetzung der Sehschärfe eines Auges auf $^1/_5$, zentrales Skotom und leichte Sehnervenentzündung. Wenn auch in diesem Falle völlige Wiederherstellung erfolgte, so wäre es doch vom Standpunkt der öffentlichen Gesundheitspflege aus dringend anzuraten, die Verwendung toxischer Anilinfarben zur Herstellung kosmetischer Mittel gesetzlich zu verbieten.

Atropinvergiftung durch Einträufelung in den Bindehautsack, wie sie Rodger (27) beobachtete, ist recht selten. Sein Patient erhielt am zweiten Tag nach einer Staroperation zwei Tropfen einer zweiproz. Lösung eingeträufelt. Nach 20 Minuten stellten sich agitatorische Delirien mit Pulsbeschleunigung und Temperatursteigerung ein. Am nächsten Tag war der Anfall vollständig vorüber. (Im allgemeinen wird man gut tun, eine nur einproz. Lösung zu gebrauchen, bei der ein Tropfen nur die Hälfte der maximalen Einzeldosis Atropin enthält. Ref.)

Auf der 13. Versammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte in Bonn am 12. Juni 1904 hält Stülp (28) einen auf reichen, eigenen Erfahrungen basierenden Vortrag über dauernde Erblindungen bei Bergleuten nach Darreichung von Extract. filic. mar. zur Abtreibung des Anchylostom. duodenale. Der Augenspiegelbefund, bevor es zur Atroph der Sehnerven kommt, besteht in Trübungen der Netzhaut und des Sehnervenkopfes: es sind also Gefäßveränderungen und Zirkulationsstörungen das Primäre. Unter 22000 Wurmabtreibungen im rheinisch-westfälischen Kohlenbezirk sind vier Fälle von dauernder Erblindung und einige zwanzig von vorübergehender Sehbeschädigung beobachtet. Da das wirksame Prinzip des Mittels, die Filixsäure, in Öl löslich ist, so ist das Medikament, um seine Resorption zu erschweren, nicht mit Rizinusöl, sondern mit Kalomel zu verordnen. Bedauerlich ist es, daß die meisten fertigen Wurmmittel immer noch Rizinusöl enthalten.

V. Varia.

29. **Dunn.** Entfernung einer Augenwimper aus der vorderen Kammer. (Ref. im Archiv f. Augenheilk. XLIX, 3. Heft.

30. **Fejér.** Beiträge zur Resorption des abgerissenen Irisgewebes durch den Augapfel. (Zentralbl. f. prakt. Augenheilk., Oktober 1904.)

31. **Frank.** Weitere Erfahrungen über die Behandlung perforierender infizierter Augapfelverletzungen mit hohen Quecksilbergaben. (Beiträge zur Augenheilkunde, Heft 60.)

32. **Haeffner.** Über angeblich sympathische Reizung. (Ophthalmol Klinik, 20. Juni 1904.)

Dunn (29) fand als Ursache eines Reizzustandes, zwei Monate nach einer kaum bemerkten Verletzung des Auges, eine Wimper in der Vorderkammer, die er operativ entfernte. Er rät, den hierzu nötigen Hornhautschnitt breit anzulegen, und zwar gegenüber der Mitte der Wimper, um sie an dieser Stelle mit einem stumpfen Häkchen fassen und herausholen zu können.

Fejérs (30) Beobachtung liefert den strikten Beweis für die bisher immer noch angezweifelte Möglichkeit einer völligen Aufsaugung von abgelöstem Irisgewebe durch das Auge. Ein heftiger Schlag auf ein Auge hatte die Abreißung eines großen Stückes Iris zur Folge gehabt. Nach zwei Wochen war der abgerissene Teil völlig aufgesaugt. Es entspricht dieser Vorgang den seltenen Fällen von Aufsaugung eines überreifen Altersstares in der Kapsel.

Franck (31) empfiehlt bei durchbohrenden infizierten Augapfelverletzungen auf das wärmste eine methodische Quecksilberbehandlung, und zwar eine Kombination von Schmierkur und Spritzkur. Er hat bei der fibrinösen Form der auf die Verletzung folgenden Entzündung des vorderen Augapfelabschnittes 70% Heilungen (Erhaltung des Auges mit größerer oder geringerer Sehschärfe) erzielt, während bei der schwereren eitrigen Form immerhin noch in 40% Heilung eintrat. Selbstverständlich wurden auch die sonst üblichen Behandlungsmethoden, wie galvanokaustische Behandlung, Atropin, Verbände, Bettruhe etc. tunlichst in Anwendung gezogen.

Haeffner (32) berichtet am 16. April 1904 im Rostocker Ärzteverein über einen in der dortigen Universitätsaugenklinik kürzlich begutachteten Fall von angeblicher sympathischer Reizung. Der Patient hatte vor 15 Jahren eine Sehnervenverletzung des rechten Auges mit Ausgang in Phthisis bulbi erlitten. Wegen Schmerzen im linken Auge und „stärkerer Füllung der Venen im Hintergrund des linken Auges“ bezog er jahrelang eine Rente von $33^1/_3$, manchmal sogar von 55%. In Rostock wurde jetzt festgestellt, daß von einer sympathischen Reizung nichts zu konstatieren war. Der geschrumpfte Augapfel war völlig empfindungslos, die behauptete Schwäche des zweiten Auges ließ sich auf eine Supraorbitalneuralgie zurückführen, das Auge selbst war reizlos, alle Beschwerden waren deutlich maßlos übertrieben. Auf Grund dieses Befundes wurde eine Rentenentschädigung von 33% für den Verlust des einen Auges als völlig ausreichend erachtet.

Hygiene.

Ist die Ruhr zurzeit in Preußen auszurotten?

Eine sanitätspolizeiliche Studie von Dr. J. Bornträger-Düsseldorf.
(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1904 Nr. 18 pag. 569.)

Die Ruhr ist bei uns seit langem stellenweise endemisch; sie wird im allgemeinen zu wenig beachtet, sehr oft verkannt und aufgefaßt als der Ausdruck eines, zumal durch unreifes Obst oder Gemüse stark verdorbenen Magens oder als eine Art Sommerkatarrh, während sie in Wahrheit eine bazilläre Seuche ist. Sie ist trotz ihrer zurzeit nicht weiten Ausbreitung gefährlich, weil sie nicht nur Jahr für Jahr eine immerhin beachtenswerte Zahl von Todesfällen und Erkrankungen (etwa 1 auf 4000 Lebende) hervorruft, sondern, wie die Erfahrung früherer Zeiten lehrt, in jedem Jahre infolge außer unserer Macht liegender Verhältnisse an Ausdehnung und Verderblichkeit erheblich zunehmen kann. Es ist also dringend erwünscht, die Ruhr womöglich auszurotten. Diese Möglichkeit erscheint gegeben, weil die Ruhr autochthon nur in einer beschränkten Anzahl von Ortschaften des Staates vorkommt, welche bekannt sind oder leicht ausfindig gemacht werden können, im übrigen eingeschleppt und verschleppt wird, und weil die Erfahrung weiter lehrt, daß die Ruhr einem nur einigermaßen planmäßig geführten Kampf nicht stichhält. Der Zeitpunkt zu diesem Vernichtungskampfe erscheint gerade jetzt sehr günstig, weil die Ruhr eine anhaltende Tendenz zum Zurückgehen seit Jahren zeigt und augenblicklich besonders spärlich verbreitet ist.

Grundbedingung für einen solchen Vernichtungskampf ist es, soweit es nicht bereits geschehen ist, planmäßig Erhebungen über ihr Fortkommen anzustellen mit dem Ziele, die Gegenden in drei Kategorien einzuteilen —

1. in solche mit endemischer Ruhr, welche da also ohne Einschleppungen jährlich mehr oder minder zahlreich auftritt,

2. in solche, ohne deutliche endemische Ruhr, aber mit jährlich bzw. häufig erfolgenden Erkrankungen bzw. Einschleppung (östliche Grenzkreise, Industriebezirke mit stark fluktuierender Bevölkerung),

3. in solche, in welchen die Ruhr gar nicht vorkommt oder nur ganz vereinzelt und zufällig eingeschleppt wird.

Am wirksamsten würde es hierfür sein, wenn man eine Art Zentralstelle schaffen würde, welche die Aufgabe hätte, fortwährend anzuregen zum Kampf gegen die Ruhr und mitzuwirken in der Auffindung von Ruhrnestern sowie durch Rat und Tat in der einheitlichen Gestaltung des Feldzugplanes.

Der Kampf wäre nach drei Fronten zu führen:

a) Verhütung der Einschleppung der Ruhr aus dem Auslande,

b) Bekämpfung der ausgebrochenen Ruhr im Inlande, wobei am wichtigsten sind: Feststellung der endemischen Ruhrherde, Aufklärung der Bevölkerung, Durchführung der Anzeigepflicht, bakteriologische Untersuchung, ausreichende Mitwirkung der Medizinalbeamten unter Verfolgung der Einzelfälle, Krankenhauseinweisung, Absonderung, fortlaufende und abschließende Desinfektionen, event. Immunisierung, Verhütung der Umherschleppung.

c) Aufspürung und Vernichtung der Ruhrkeime in den seuchefreien Zwischenzeiten, also zunächst regelmäßig im Winter und Frühjahr, insbesondere durch Auffinden, Untersuchung und Verfolgung der verdächtigen Darmkatarrhe und ev. bakteriologische Untersuchung der Abgänge der Hausgenossen sowie durch Entseuchung infizierter Stätten.

In dieser Weise geschickt und energisch bekämpft, müßte die Ruhr in etwa fünf Jahren in Preußen ausgerottet sein können. J. Meyer-Lübeck.

Die Typhus-Epidemie beim Infanterie-Regiment 49. Ein Beitrag zur Ätiologie des Typhus.

Von O.-St.-A Dr. Hammerschmidt in Gnesen.
(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1904. Heft 6.)

Nach einer Einleitung über die Entstehung von kleineren Typhusepidemieen in der Garnison, wie bürgerlichen Bevölkerung Gnesens durch Milch (1902) und allgemeine hygienische Mißstände, erörtert Verf. des Näheren eine Epidemie von 55 Fällen, die im September 1903 beim I. und II. Bataillon Infanterie-Regiments 49 ausbrach. Das III., in der Garnison hinsichtlich Unterbringung, Ernährung und Verkehr ganz gleich situierte Bataillon blieb frei. Dieser Umstand führte auf das Manöver als Quelle. Eingehende Nachforschungen ergaben, daß die beiden Bataillone beim Marsch vom und zum Brigadeexerzieren häufig in einem Dorfe Neuhof Rast gemacht und von dem dortigen Brunnenwasser genossen hatten. Einer der vorhandenen 3 Brunnen stand mit dem außerordentlich schmutzigen Dorfteich in Verbindung, in den die Dejekte einer zugereisten, an Typhus erkrankten Magd gelangten. Sie lag in einem dem Teich benachbarten Hause und war nachweislich der einzige Krankheitsfall im Orte. Außer den 55 Soldaten infizierte sie 17 Einwohner. Als Inkubationszeit ließen sich 14 Tage berechnen. In den Fällen mit früher manifester Erkrankung war der Genuß besonders großer Mengen des infizierten Wassers nachzuweisen. Kasuistisch interessant ist noch die Bemerkung, daß einer der Erkrankten außer leichtem Fieber, ein anderer außer Schlingbeschwerden keine Erscheinungen zeigte, während bakteriologisch typhöse Infektion nachzuweisen war. Der eine dieser beiden Leute zog sich einen Rückfall zu, der dann unter dem typischen Bilde des Typhus verlief. Ktg.

Etwas über „Typhushäuser“ und „Typhushöfe“.

Von Reg.- u. Geh. Med.-R. Dr. Richter in Dessau.
(Zeitschr. für Med.-Beamte. 1904. Heft 24.)

Nach den Beobachtungen R.'s seit 1883 steht eine Reihe von Fällen der Anschauung entgegen, daß sich Typhusbazillen im Boden nur kurze Zeit lebensfähig erhalten. Die mitgeteilten

22 Fälle sind Beispiele für den vereinzelten Ausbruch der Krankheit in Häusern, in denen nachweislich vor längerer Zeit — bis zu 20 Jahre zurück — Typhus vorgekommen war. Die letzte Beobachtung stammt von 1890. Seit dieser Zeit machten sich die Folgen der Anzeigepflicht und Desinfektion soweit geltend, daß keine Häuser mehr aufzufinden waren, in denen nach mehrjähriger Pause Typhus wieder aufgetreten wäre.

Hinsichtlich der Ätiologie der mitgeteilten Reihe ist R. der Ansicht, daß früher von jedem Typhuskranken eine so ungeheure Menge von entwicklungsfähigen Krankheitskeimen in seiner Umgebung, vor Sonnenstrahlen geschützt, deponiert wurde, daß die jahrelange Fortexistenz wohl annehmbar erscheint. Die Mobilisierung dieser in Dielen- und Wandritzen, im Gartenboden durch Vergraben undesinfizierter Stühle etc. vorhandenen Keime durch den menschlichen Verkehr, wie durch Bewegung der Bodenluft, ist dann jederzeit möglich. Im übrigen glaubt Verfasser, daß die strenge Durchführung der jetzt eingeführten Desinfektionsmaßnahmen die Typhushäuser verschwinden lassen wird. —

An den mitgeteilten Beispielen ist nicht zu zweifeln. Den daraus gezogenen Schlüssen würde aber erst beizutreten sein, wenn für jeden der aufgezählten Fälle die anderweitige Entstehung, d. h. die Einwirkung einer nicht im Erkrankungsort zu suchenden, zeitlich jüngeren Ansteckung mit Sicherheit ausgeschlossen werden könnte. Darüber enthält die Arbeit nichts. — Auch dann noch bliebe die mehrjährige Pause zwischen den Einzelfällen unaufgeklärt, obwohl die Aufrührung des Bodens und der in ihm etwa deponierten Keime durch Wechsel der Bewohner, Hausreinigung, Gartenbewirtschaftung, Reparaturen und sonstige Anlässe ein alljährlich sich wiederholender Vorgang sein muß. Ktg.

Typhus abdominalis und Trinkwasser.

Von Dr. A. Seibt.

(New Yorker Med. Monatsschr. 1903 Nw 6.)

Die Ergebnisse einer Umfrage über das Verhältnis der Typhuserkrankungen zur Wasserversorgung, die er bei den Gesundheitsbehörden einer Anzahl von Großstädten der Vereinigten Staaten und Deutschlands veranstaltete, hat Seibert graphisch dargestellt und kommt daraufhin zu folgenden Schlüssen:

1. Alle Seen, Flüsse und Bäche, welche sich in bevölkerten Teilen der Vereinigten Staaten und von Deutschland befinden, sind schon seit lange von Typhusbazillen dauernd infiziert.
2. Der Hauptträger der Typhuskeime in dem menschlichen Körper ist das Trinkwasser der Städte.
3. Alle Städte, welche gezwungen sind, ihr Trinkwasser aus Seen, Flüssen oder Bächen zu entnehmen, sind verpflichtet, dasselbe durch zentrale Sandfiltration in den Wasserwerken zu reinigen. Grabert-Berlin.

Eine Hausepidemie von Paratyphus (Typ. B) hervorgerufen durch die Saarbrücker Stäbchen.

Von Kreis-Ass.-A. Dr. Ritter in Bremervörde.

(Ztschr. f. Med.-Beamte. 1904. Nr. 20.)

In einer Familie eines Moordorfes im Kreise Bremervörde erkrankten gleichzeitig am 2. Juni 1904 6 Bewohner unter Durchfällen, allgemeinen Erscheinungen und Fieber bis 38,5. Milzschwellung und in einem Falle Roseolen, ließen die Diagnose auf Typhus stellen. Die Agglutinationsprobe mit Typhusbazillen blieb indes unsicher. Dagegen agglutinierten sämtliche Sera sofort Saarbrückener Stäbchen. Es handelte sich also um Paratyphus, der denn auch durch Züchtungsversuche und Nachprüfung bei der Kgl. Untersuchungsanstalt in Saarbrücken bestätigt wurde. Die Ätiologie blieb dunkel. Die Erkrankten hatten ihr Dorf seit Wochen nicht verlassen, in welchem lange Zeit kein Typhus vorgekommen war. Eine aus Bremen bezogene Sendung Rindstalg war nur gebraten genossen. Die Epidemie blieb auf ihren Herd beschränkt, was mit der weitläufigen Bauart der Moordörfer, wie mit den getroffenen Desinfektionsmaßnahmen zu begründen ist. (Da Verf. angibt, daß der Rindstalg einem Kaufmannshause in Bremen entstammte, in dem Typhuserkrankungen Jahr ein, Jahr aus vorkommen, so wird man der Behandlung des Talges vor dem Braten doch eine gewisse Bedeutung für die Infektion zuschreiben dürfen. Vielleicht hätte eine weitere — auch bakteriologische Erforschung dieser Quelle Aufschluß gebracht. Ref.) Ktg.

Die Pockenepidemie in Bochum im Jahre 1904.

Von Dr. Springfeld, Regierungs- und Medizinalrat in Arnsberg.

(31 S. mit 1 Kurve als Beilage. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch XIII. Band. Jena bei G. Fischer 1904. Preis 2 M.)

Nach den Pockenepidemien der siebenziger Jahre war die Bevölkerung durch die Revaccination im allgemeinen immun. Der industrielle Aufschwung führte indes viele nicht immune Arbeiter ins Land, und so sehen wir seit etwa 1880 in den von dieser Einwanderung bevorzugten Bezirken wieder Pocken auftreten. Von 1889 bis 1902 wurden in Preußen 5484 Erkrankungen mit 716 = 12 % Todesfällen festgestellt. Die epidemische Ausbreitung war besonders dadurch begünstigt, daß die Diagnose aus Mangel an Bekanntschaft mit der Krankheit nicht rechtzeitig gestellt wurde. Bochum war seit 1882 frei. Die Einschleppung des ersten Falles der beschriebenen Epidemie erfolgte aus Belgien im Dezember 1903. Besonders ungünstige Verhältnisse, Hin- und Hertransport von Kranken, Mangel an Isolierräumen, Verkennung infolge gleichzeitigen Herrschens einer Windpockenepidemie vermittelten die Bildung von 3 Seuchenzentren: in einem katholischen Waisenhause, einem Krankenhause und einer Penne. Das Bild dieses Seuchenzuges ist äußerst anschaulich dargestellt; die graphische Wiedergabe in Gestalt eines Stammbaumes, Anlage 2, geradezu vorbildlich. Es erkrankten bis 30. April 1904 61 Personen, von denen 6 starben. Von den Erkrankten waren 40 über 30 Jahre alt: 20 nicht geimpft, 14 seit ihrer Kindheit nicht revacciniert: der Rest seit längerer Zeit nicht wieder revacciniert. Von den Gestorbenen war ein einjähriges Kind noch nicht geimpft, die anderen seit der Kindheit nicht revacciniert. Prophylaktisch wurden binnen 14 Tagen im Stadt- und Landkreise Bochum 40 000 Kinderimpfungen, und bis April mehr als 80 000 Nachimpfungen ausgeführt. Die Isolierung der Kranken gestaltete sich sehr schwierig, wurde aber mit Hülfe zweier Bretterbaracken und einer Döckerschen möglichst durchgeführt, und auf das ärztliche wie Pflegepersonal mit erstreckt. Den vorhandenen Krankenhäusern fehlte die Absonderungsmöglichkeit durchaus. Nur dadurch wird es erklärlich, daß sich in einem derselben ein Infektionsherd bilden konnte. Ferner erwies sich ihr ausgesprochen konfessioneller Charakter als ein Hindernis für die Aufnahme. Der Bau kommunaler Absonderungshäuser ist daher dringend erforderlich. Sehr eingehende Desinfektionsvorschriften, deren Dienstordnung S. 32 mitgeteilt wird, vervollständigten die Reihe der Abwehrmaßnahmen, deren Erfolg nicht auf sich warten ließ. In den benachbarten Kreisen wurde durch Revaccinationen und eine auch auf die Varicellen ausgedehnte Meldepflicht der Krankheitsausbruch verhütet. Ktg.

Gerichtliche Entscheidung.

Aus dem Reichsversicherungsamt.

Zuerkennung der Hilfslosenrente im vollen Betrage des Jahresarbeitsverdienstes. Die Berufsgenossenschaft hat dadurch, dass sie für den Verletzten eine Unfallrente festgesetzt hat, ihre Entschädigungspflicht als solche anerkannt und muss daher die Entschädigung dem Gesetz entsprechend ohne Abzug gewähren.

Der Hauer Hermann W. begab sich am 20. Januar 1903 in der kons. Melchior-Grube zu Dittersbach, um die Notdurft zu verrichten, in den alten Mann des Pfeilers. Dort brach plötzlich das Hangende herein und W. kam unter ein umgestürztes Zimmer zu liegen. Dabei erlitt er einen Schenkelhalsbruch rechts und eine starke Quetschung der Kreuz-Lendengegend, besonders rechts. Nach dem Gutachten des Oberarztes im Knappschaftslazarett zu Waldenburg, Dr. M., ist W. außerstande, sich selbst fortzubewegen, er kann nur im Lehnstuhl sitzen. Die Notdurft kann er selbst verrichten, wenn neben dem Bett ein Nachtstuhl steht, oder wenn er einen Unterschieber zur Verfügung hat. Der Sektionsvorstand hat dem Verletzten die Vollrente und 30% derselben zu der Vollrente bewilligt. W. hat hiergegen Berufung erhoben und eine Rente in Höhe des Jahresarbeitsverdienstes beantragt, da er völlig hilflos sei. Der von dem Schiedsgericht als Sachverständiger zugezogene Kgl. Kreisarzt Geh. Medizinalrat Dr. H. hat sein Gutachten dahin abgegeben, daß der Verletzte nicht derart hilflos sei, daß er ohne beständige Wartung und Pflege nicht bestehen könne. Das Schiedsgericht erlangte hiernach die Überzeugung, daß zwar ein gewisser Grad von Hilflosigkeit und Pflegebedürftigkeit bei dem W. bestehe, daß diesem aber mit einer Rente von $86^2/_3$% des Jahresarbeitsverdienstes genügend Rechnung getragen sei. Gegen diese Entscheidung legte Kläger Rekurs ein mit dem Antrage, ihm die Hilflosenrente im Betrage des vollen Jahresarbeitsverdienstes zuzusprechen. Er benennt Zeugen dafür, daß im Krankenhause ihm stets andere aus dem Bett heraushelfen mußten, wenn es nötig war, daß er das Bett verließ. Die Annahme des Dr. M., daß er ohne fremde Hilfe aus dem Bett herauskriechen könne, sei irrig: er könne ohne Unterstützung anderer weder aus dem Bett heraus-, noch in das Bett zurückgelangen. Er sei auf die Wartung und Hilfe anderer Personen angewiesen, da er nicht imstande sei, irgendwelche Gegenstände von Tischen oder aus Schränken zu nehmen.

Dem Rekurse wurde stattgegeben und die Berufsgenossenschaft verurteilt, die Hilflosenrente im vollen Betrage des Jahresarbeitsverdienstes zu zahlen. Gründe:

Nach der Überzeugung des R.-V.-A. ist die durch die Unfallfolgen verursachte Hilflosigkeit des Klägers eine so vollständige, daß es geboten erschien, ihm den Höchstsatz der Rente zuzusprechen, welche nach § 9 Abs. 3 des Gewerbe-Unfallversicherungsgesetzes solchen Unfallverletzten zu gewähren ist, die fremder Wartung und Pflege bedürfen. Der Kläger ist des Gebrauchs der Füße völlig beraubt. Nach dem Gutachten des Dr. M. kann der Kläger keinerlei Bewegungen der Füße oder Zehen ausführen. Die Füße stehen, dem Gesetz der Schwere folgend, in Spitzfußstellung. Der Kläger ist infolgedessen außerstande, sich selbst fortzubewegen; er muß also immer an dem Platze verharren, an welchen er mit fremder Hilfe gebracht worden ist, wobei er allerdings sitzen oder liegen kann, sich auch des Nachtgeschirres bedienen kann, wenn es sich im Bereiche seiner Hände befindet. Unter diesen Umständen ist es selbstverständlich, daß der Kläger einer regelmäßigen Wartung dritter Personen bedarf; es ist durchaus glaubhaft, wenn er angibt, er sei ohne Hilfe nicht imstande, aus dem Bett hinaus und in dieses wieder hinein zu gelangen, wenn er auch, nachdem er einmal mit fremder Hilfe auf den Fußboden gesetzt worden ist, sich am Fußboden in kriechender Stellung mit Mühe fortbewegen mag. Danach muß auch als richtig angesehen werden, daß der Kläger, wie er angibt, nicht imstande ist, sich auf diese Weise irgend etwas von Tischen oder Schränken zu langen, dessen er gerade bedarf, oder sich ohne fremde Unterstützung an- und auszukleiden; Nahrungsmittel und dergleichen werden ihm immer zugereicht werden müssen. Der Kläger ist daher zurzeit schlimmer daran als ein Mann, der auf beiden Augen erblindet ist, da ein solcher doch wenigstens im Zimmer sich auf irgendeine Weise zurechtfinden und ungehindert fortbewegen kann. Die Erwägung, daß es Fälle geben mag, in denen — etwa durch Hinzutreten von Blasen- und Darmstauungen zu der beim Kläger obwaltenden Bewegungsbehinderung — für den Verletzten die fremde Wartung und Pflege noch unumgänglicher ist, diese noch öfter und stärker in Anspruch genommen wird, und die Anwesenheit des Wärters kaum auf kurze Zeit entbehrt werden kann, ändert nichts daran, daß auch der Kläger so gut wie beständig auf fremde Wartung angewiesen ist. Der Kläger, der sich wegen der mangelnden Bewegungsfähigkeit der Füße nicht allein aus- und ankleiden und nur die von dritten ihm zugereichte Nahrung genießen kann, bedarf daher vom Morgen bis zum Abend in geringen Zeitabständen immer wiederkehrender Dienstleistungen einer ihn wartenden Person und kann diese Dienste höchstens des Nachts entbehren, soweit nicht auch hier durch das Bedürfnis zum Stuhlgang und dergleichen fremde Hilfe nötig wird.

Auch die Ausführung der Beklagten, daß sie zur Entschädigung des Unfalls überhaupt nicht verpflichtet sei, weil sich der Kläger die Verletzung bei einer Zuwiderhandlung gegen bergpolizeiliche Vorschriften zugezogen habe, und sie deswegen auch zur Verkürzung der Rente berechtigt sei, mußte ohne Erfolg bleiben. Denn die Beklagte hat dadurch, daß sie für den Kläger eine Unfallrente festgesetzt hat, ihre Entschädigungspflicht als solche anerkannt und muß daher die Entschädigung dem Gesetze entsprechend ohne Abzug gewähren. (Kompaß.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Pfeiffer, A., Zwanzigster Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der Hygiene etc. Jahrgang 1902. Supplement zur Deutschen Vierteljahrsschrift für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1904. Druck und Verlag von Friedrich Vieweg u. Sohn.

Trotz mancherlei Schwierigkeiten, die sich der rechtzeitigen Fertigstellung des vorliegenden Jahresberichts entgegenstellten, ist es dem Herausgeber gelungen, den Jahresbericht für 1902 zu einem früheren Termin fertigzustellen, als in den Vorjahren. Aus der Zahl der seitherigen Mitarbeiter schieden im Berichtsjahr Geheimrat Dr. Baer und Stadtbaurat a. D. Brix; an ihre Stelle traten Kreisarzt Dr. Petschull, Arzt am Zuchthause in Diez a. d. Lahn und Bauinspektor Schümann-Berlin.

Da die Literaturquellen noch immer schwach fliessen, wiederholt der Herausgeber seine alljährliche Bitte um reichlichere Zusendung von einschlägigen Werken und Abhandlungen.

Die Einteilung des Jahresberichts ist dieselbe geblieben wie in früheren Jahren. Die Berichterstattung ist sachgemäß und erschöpfend. Ein sorgfältiges Sach- und Autorenregister erhöht den Wert und die Handlichkeit des Jahresberichts. Wie die vorausgegangenen wird auch der vorliegende Jahresbericht auf dem weiten Gebiet der Hygieneliteratur sich als ein ebenso willkommener wie brauchbarer und unentbehrlicher Führer erweisen.

E. Roth-Potsdam.

Ostertag, R., Handbuch der Fleischbeschau für Tierärzte und Richter. Fünfte neubearbeitete Auflage. Mit 265 in den Text gedruckten Abbildungen und eine Farbentafel. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke 1904.

Seit Herausgabe der letzten Auflage des Ostertagschen Handbuchs der Fleischbeschau im Jahre 1902 sind die Ausführungsbestimmungen zum Reichsgesetz, betr. die Schlachtvieh- und Fleischbeschau vom 3. Juni 1900 erschienen und in Kraft

getreten. Diese Ausführungsbestimmungen sind, soweit sie für die Organisation der Fleischbeschau und die Ausführung durch Tierärzte von Bedeutung sind, in das 2. Kapitel „Die reichsgesetzlichen Grundlagen für die Regelung des Fleischverkehrs“ im Zusammenhang aufgenommen und in den folgenden Abschnitten entsprechend berücksichtigt. Daß der Inhalt des Buches gleichwohl keinerlei grundsätzliche Änderungen zu erfahren brauchte, erklärt sich daraus, daß die von dem Verfasser in den früheren Auflagen bereits aufgestellten Grundsätze und Förderungen durch das Reichsgesetz und die auf Grund desselben erlassenen Ausführungsbestimmungen zur gesetzlichen Geltung gebracht worden sind.

Dem Umstande, daß einige Abschnitte, wie die Erläuterungen zum Nahrungsmittelgesetz, ihrer nunmehr geringeren Bedeutung für die Regelung des Fleischverkehrs entsprechend gekürzt werden konnten, ist es zu danken, daß die vorliegende Neuauflage gegenüber der vorangegangenen um mehr als 100 Seiten an Umfang zurückbleibt. Daß im übrigen die einzelnen Kapitel überall den neueren Forschungen entsprechende Ergänzungen erfahren haben, bedarf keiner Hervorhebung. Dies gilt namentlich von den Abschnitten über postmortale Veränderungen, über Fleischvergiftungen und über die Methoden der Tauglichmachung bedingt tauglichen Fleisches durch Kochen und Dämpfen. Für den Hygieniker bieten besonderes Interesse die Kapitel über tierische und pflanzliche Parasiten, wobei auf die Ausführungen Ostertags über die Koch-Schützschen Experimente und auf die bis zum Jahre 1902 fortgesetzte Tuberkulosestatistik noch besonders hingewiesen sein mag, die Abschnitte über die biologische Unterscheidung der verschiedenen Fleischarten (S. 201), über Fleisch- und Wurstvergiftung und die Kapitel (15 bis 17) über Verfälschungen und Konservierungsmethoden.

Die Literaturhinweise im Text sind zum Teil ausgemerzt, weil die schon früher in Aussicht gestellte Zusammenstellung der Bibliographie der Fleischbeschau bereits im Druck ist und nunmehr in kürzester Frist erscheinen wird.

Einer Empfehlung bedarf die vorliegende Neuauflage nicht, nachdem das Ostertagsche Handbuch sich seit seiner ersten Auflage als ein für Tierärzte, Ärzte und Richter wertvolles Orientierungswerk bewährt hat. E. Roth-Potsdam.

Grotjahn, A. Der Alkoholismus. Vierter Supplementband. Soziale Hygiene. Aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1904.

Nach einer Besprechung der alkoholhaltigen Getränke und des akuten und chronischen Alkoholismus erörtert der Verfasser die Bekämpfung der Trinksitten, die Beseitigung der sozialen Bedingungen des Alkoholismus, die unmittelbare Bekämpfung des Alkoholismus durch Staat und Gemeinde und die Alkoholfrage in den einzelnen Ländern. Grotjahn betont mit Recht, daß eine sozialhygienische Bekämpfung des Jahrtausende alten Übels des Alkoholismus nur zu erwarten ist, wenn die medizinischen Tatsachen durch die Beobachtungen der Statistik und der Nationalökonomie ergänzt werden.

Durch die Ausführungen des Verfassers wird die Tatsache erhärtet, daß die kulturelle Hebung des handarbeitenden Proletariats eine Vorbedingung der rationellen Bekämpfung des Alkoholismus wie der sozialhygienischen Betätigung überhaupt ist. E. Roth-Potsdam.

Mombert, F. Das Nahrungswesen. Vierter Supplementband. Soziale Hygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Jena, Gustav Fischer, 1904.

Mombert bespricht in der vorliegenden Arbeit die Ernährungsgesetze, den Ernährungsstand der Deutschen Bevölkerung, den Einfluß der Ernährung auf die öffentliche Gesundheit, die Preisentwicklung der wichtigsten Genußmittel im Zusammenhang mit der Ernährung und die Ernährung und Gesetzgebung. Nach Momberts allerdings auf Schätzung beruhender Berechnung ist die Zahl derjenigen Personen in Preußen, deren Einkommen zu einer ausreichenden Ernährung nicht genügt, auf $1/3$ bis $1/2$ der ganzen Bevölkerung zu veranschlagen. Die Beziehungen zwischen Lebensmittelpreisen und Lebenshaltung der Arbeiterbevölkerung haben nicht bloß ein hervorragendes hygienisches Interesse, insofern eine kräftige Ernährung eins der besten Vorbeugungsmittel gegen krankmachende Einflüsse ist, sondern auch ein besonders volkswirtschaftliches Interesse, insofern die Leistungsfähigkeit der Arbeiterbevölkerung wesentlich von einer ausreichenden Ernährung abhängt. Dem Nachweis dieser Zusammenhänge ist die vorliegende Arbeit gewidmet. E. Roth-Potsdam.

Ledermann-Berlin. Dr. R. Die mikroskopische Technik mit besonderer Berücksichtigung der Färbetechnik. Verl. v. Alfred Hölder. Wien u. Leipzig 1903.

Das kleine mit großem Fleiße ausgearbeitete Buch ist nicht nur für den Studierenden, welcher in die mikroskopische Technik eingeführt werden soll, bestimmt, vielmehr besonders für den Arzt, der die Technik schon beherrscht, und sich über die einzelnen am zweckmäßigsten zu verwertenden mikroskopischen Untersuchungs- und Färbemethoden unterrichten will. Wenn auch im zweiten, dem speziellen Teile, die Färbetechnik sämtlicher Gewebe ausführlich geschildert ist, so sind doch die für den Dermatologen in Betracht kommenden Untersuchungsmethoden besonders eingehend bearbeitet, und eine Anzahl guter Abbildungen und Farbendrucke veranschaulichen die klaren Ausführungen. Einen besonderen Wert erhält das Buch durch die ausführliche Beschreibung der Färbung der Bakterien. Die fleißige Zusammenstellung aller neueren — in den Zeitschriften zerstreuten — Methoden, deren Kenntnis für den Arzt, welcher sich mit mikroskopischen Arbeiten beschäftigt, notwendig ist, sichern dem Buche einen bleibenden Wert, ebenso wie die Angabe der zahlreichen durch den Verfasser selbst gefundenen, in die Technik eingeführten Verbesserungen der Färbemethode. Die Ausstattung des Buches ist eine anerkennenswert gute.

Falk.

Gebührenwesen.

Die gerichtlichen Gebühren für Sachverständigentätigkeit nicht beamteter Ärzte.

In der Berliner Ärztekorrespondenz berichtet Herr Kollege Joachim über ein Urteil des Berliner Landgerichts I, welches für uns alle von weittragender Bedeutung ist.

Der Kollege hatte in einer Honorarangelegenheit ein ungewöhnlich umfangreiches Gutachten erstattet, das ihn 20 Arbeitsstunden gekostet hatte. Er liquidierte für das Gutachten 40 M., doch wurden ihm auf Grund des § 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. Mai 1872 nur 24 M. bewilligt. Auf seine Beschwerde beim Landgericht erfolgte ein Beschluß, dessen Begründung wir mit Weglassung der unwesentlichen Schlußformalien hier wörtlich wiedergeben.

Infolge des Beschlusses des Amtsgerichts vom 26. April 1904 (Bl. 135 d. A.) hat der Beschwerdeführer Dr. Heinrich Joachim am 13. Juni 1904 ein mit wissenschaftlichen Gründen versehenes schriftliches Gutachten eingereicht und hierfür liquidiert (Bl. 139 d. A.)

40 M. Gebühren.
6 M. 15 Pf. Porto und Schreibgebühren.
46 M. 15 Pf.

Festgesetzt und angewiesen sind durch Verfügung vom 25. Juni 1904 (Bl. 140, 163 d. A.)

24 M.	Gebühren
5 M. 50 Pf.	Schreibgebühren
65 Pf.	Porto.
30 M. 15 Pf.	

Die Festsetzung höherer Gebühren ist abgelehnt, weil nach § 3 Nr. 6 des Gesetzes vom 9. März 1872 der Höchstsatz für ein mit wissenschaftlichen Gründen unterstütztes Gutachten 24 M. betragen.

Gegen diese Entscheidung hat der Sachverständige Beschwerde eingelegt mit dem Antrage, weitere 16 M. Gebühren festzusetzen.

Zur Begründung führt er an:

Das angeführte Gesetz sei veraltet, auch wäre es unbillig, einem Privatarzt nur dieselben Sätze zuzubilligen, wie einem Medizinalbeamten, der ein Gehalt bezöge. Es käme hinzu, daß es sich um einen Zivilprozeß handele, in welchem die unterliegende Partei die Kosten zu tragen habe. Tatsächlich seien ihm bereits vom Landgericht hier und vom Kammergericht ebenfalls für Gutachten in Honorarangelegenheiten erheblich höhere Beträge als 24 M., nämlich bis 50 M. und darüber bewilligt worden. Dies ergäben die Akten: 36. O. 71. 00, 17. O. 372. 02, 9. U. 2194. 01.

Die Beschwerde ist zulässig und auch begründet.

Kämen die Vorschriften des Gesetzes vom 9. März 1872 für den vorliegenden Fall zur Anwendung, dann würde allerdings der Höchstbetrag der Vergütung 24 M. betragen. Dieses Gesetz geht jedoch, wie sich aus seinem ganzen Inhalt ergibt, davon aus, daß ein Medizinalbeamter in kriminellen Angelegenheiten zur Unterstützung der gesetzlich vorgeschriebenen Fälle oder in den durch die zuständige Behörde bezeichneten Fällen tätig gewesen ist. Hierum handelt es sich jedoch im vorliegenden Falle nicht. Es können daher nur die Vorschriften als maßgebend in Betracht kommen, welche in dem Gesetz betr. die Gebühren der Sachverständigen vom 30. Juni 1878 enthalten sind.

Nach diesen erscheint mit Rücksicht auf den Umfang des Gutachtens und die eingehende Prüfung der vom Beschwerdeführer verlangte Betrag angemessen. (§§ 3, 4 a. a. O.)

Da ihm hiervon bereits durch das Amtsgericht 30 M. 15 Pf. zugebilligt sind, waren nur noch die mehr verlangten 16 M. festzusetzen.

Zugleich mit dem Urteil teilt Dr. J. die Geschäftsnummer desselben mit: 71 T. 272. 04.

Es ist also wenigstens in bestimmten Angelegenheiten, deren Interesse nicht öffentlich rechtlicher Natur ist, dem praktischen Arzte möglich, über eine Gebührenordnung hinwegzukommen, die seine Leistungen grundsätzlich niedriger entlohnt als selbst die des wahrlich schon knapp genug eingeschätzten Medizinalbeamten; denn dieser muß sich doch zu jeder Gutachtens- oder Terminsgebühr noch einen entsprechenden Bruchteil seines Gehalts aufrechnen. Darüber aber, daß in der Mehrzahl der Fälle solche besondere Gründe für höhere Bewertung nicht vorliegen, und daß man uns praktischen Ärzten bei der Gehaltsaufbesserung der Medizinalbeamten sogar unsere spärlichen Gebühren noch verkürzt hat — von den beständig wachsenden Kürzungsbestrebungen der Oberrechnungskammer im einzelnen ganz zu schweigen — darüber bringt uns nur eine neue Gebührengesetzgebung hinweg. Sie steht vor der Tür — sehen wir zu, daß wir nicht wieder die Leidtragenden dabei sind!

Tagesgeschichte.

§ 300 des Reichsstrafgesetzbuchs.

Folgender Gerichtsfall wird von den Berliner Tageszeitungen mitgeteilt: Ein hiesiger praktischer Arzt Dr. L. stand am 9. Februar 1905 wegen unbefugter Offenbarung von Privatgeheimnissen und Beleidigung vor der 3. Strafkammer des Landgerichts I. Dr. L. war Hausarzt in einer Familie J. Als Frau J. am 24. September v. J. zu ihm kam, um ihre Kinder impfen zu lassen, teilte er ihr mit, daß er von ihrer Schwägerin, der Arbeiterin Bertha J., wegen eines Unterleibsleidens konsultiert worden sei und bei ihr eine häßliche ansteckende Krankheit festgestellt habe. Da er wußte, daß unter den in demselben Hause wohnenden Familien ein reger Verkehr stattfand, eine Badewanne gemeinschaftlich benutzt wurde und die Kinder manchmal im Bett der Tante lagen, so hielt der Arzt es für seine Pflicht, die Mutter der Kinder vor der drohenden Ansteckungsgefahr zu warnen. Nach seiner Behauptung will er überhaupt nur von einer ansteckenden Krankheit gesprochen haben, während Frau J. sofort Bescheid gewußt und den Namen der Krankheit genannt habe. Bertha J. kam nun bald im ganzen Hause ins Gerede, was ihr begreiflicherweise außerordentlich unangenehm war, zumal sie behauptete, daß sie unmöglich an einer solchen Krankheit gelitten haben könne, da jede Vorbedingung dazu bei ihr gänzlich fehle. Sie sei in wenigen Tagen völlig gesund gewesen, und es liege in jener Mitteilung daher eine böswillige Verleumdung. Als sich auf das Gerede im Hause hin die Mutter des Fräulein J. zum Dr. L. begab und Auskunft über den Zustand ihrer Tochter verlangte, erklärte der Arzt auch ihr, daß er bei der Untersuchung Merkmale der ansteckenden Krankheit festgestellt habe. Nunmehr stellte Frl. J. den Strafantrag und berief sich auf den Kassenarzt Dr. P., der sie untersucht und keine Feststellungen habe treffen können, die die einige Zeit vorhet stattgehabte Diagnose des Angeklagten unterstützten. Der Angeklagte verteidigte im gestrigen Termin die Richtigkeit seiner Diagnose, mit der die spätere Untersuchung gar nicht im Widerspruche zu stehen brauche, und sowohl von Dr. P., wie vom Sachverständigen Prof. Dr. Casper wurde gestern die Möglichkeit zugegeben, daß die vom Angeklagten vorgefundenen örtlichen Erscheinungen ihn zu seiner Diagnose berechtigt haben können. Der Staatsanwalt ließ die Anklage wegen Beleidigung fallen, hielt den Angeklagten aber des Vergehens gegen § 300 St.G.B. für schuldig und beantragte gegen ihn 100 Mark Geldstrafe event. 10 Tage Gefängnis. R.-A. Dr. Heinemann beantragte dagegen die Freisprechung. Was die Beleidigung betreffe, die in der Mitteilung an die Mutter J. erblickt worden, so stehe dem Angeklagten der Schutz des § 193 zur Seite, ganz abgesehen davon, daß die Mutter den Angeklagten geradezu gestellt gehabt und das Gerücht schon im Hause der J. verbreitet worden war. Bei dem § 300 St.G.B., der einen Arzt, der ein ihm kraft seines Amtes anvertrautes Privatgeheimnis offenbart, bestraft, müsse der Nachdruck auf das Wort „unbefugt" gelegt werden. In diesem Falle sei der Angeklagte, als Hausarzt in der Familie, sicher befugt gewesen, die Mutter, deren Kinder er eben geimpft hatte, vor der diesen drohenden Ansteckungsgefahr zu warnen, ja, er würde sich einer Pflichtverletzung schuldig gemacht haben, wenn er diese Warnung unterlassen hätte. — Der Gerichtshof nahm an, daß sich der Angeklagte in einem Irrtum über strafrechtliche Dinge befunden habe, als er sich, wie menschlich erklärlich ist, aus Vorsicht moralisch für verpflichtet hielt, der Schwägerin die Mitteilung zu machen, die für die Arbeiterin J. um so kränkender war, als es noch sehr fraglich ist, ob überhaupt die von dem Angeklagten diagnostizierte Krankheit vorlag. Der Angeklagte

habe den § 300 St.G.B verletzt, bei der eigenartigen Sachlage erschien jedoch dem Gerichtshofe die größte Milde am Platze, und es ist demgemäß nur auf 20 Mark Geldstrafe erkannt worden.

Man muß immer in der Verwertung von Zeitungsnachrichten vorsichtig sein, aber wenn das, was hier über die Urteilsbegründung steht, wahr ist, dann muß man doch über den hier konstruierten Gegensatz zwischen moralischen und strafrechtlichen Pflichten bedenklich den Kopf schütteln. Der Kollege, welcher sich im Sinne des § 300 für befugt hielt, das ihm anvertraute Privatgeheimnis zu offenbaren, handelte gerade nach den Grundsätzen, nach welchen bedeutende Rechtslehrer den in seiner unglückseligen Fassung wirklich recht unerquicklichen Paragraphen deuten. So deutet, wie wir schon einmal an dieser Stelle berichteten, der Strafrechtler Hans Groß in Prag das Befugtsein im Sinne „subjektiver Ermächtigung" und fährt fort: „diese Befugnis wird er (der Arzt) selbstverständlich dann empfinden, wenn er einen wesentlich größeren Schaden verhütet, als der es ist, den er durch den Bruch des Geheimnisses verursacht. Auch der Landgerichtsdirektor Fromme in Magdeburg erläutert meines Erinnerns das Befugtsein in einem Sinne, der der Bestrafung des Kollegen L. zuwider läuft.

Eine andre Frage, die, wie es scheint, vom Gericht mit derjenigen des verletzten Berufsgeheimnisses eng verknüpft wurde, ist die, ob der Arzt die Geschlechtskrankheit, um die es sich bei dem jungen Mädchen offenbar handelt, mit Recht diagnostiziert hat. Hätte er ohne gründliche Untersuchung und Abwägung aller Möglichkeiten eine zweifelhafte Erkrankung leichthin als geschlechtlich diagnostiziert und dann als solche mitgeteilt, dann hätte er den § 300 verletzt. Denn Voraussetzung der „Befugnis" zur Offenbarung ist ein sorgfältiges Erwägen, ob wirklich die Opferung des guten Namens eines Mädchens notwendig war. Auf diesen Punkt hätte unseres Erachtens das Hauptgewicht fallen müssen; ob das geschehen ist, läßt sich aus der Zeitungsnachricht nicht erkennen.

Jedenfalls wird das Urteil, wenn sein Wortlaut bezw. Sinn oben richtig wiedergegeben ist, in Ärztekreisen gerechte Beunruhigung erregen. Es wird den sozialen Sinn der Ärzte zu beeinträchtigen geeignet sein, denn jeder wird sich sagen müssen: es ist bequemer und sicherer schematisch zu schweigen, als ernsthaft zu überlegen, ob es gilt, das Wohl der Allgemeinheit zu schützen, und dabei noch seine eigene Unbescholtenheit aufs Spiel zu setzen. F. L.

Verantwortlichkeit eines Ammenvermittlungsgeschäftes auch gegenüber den Ammen.

Die Assistance publique zu Paris wurde, nach dem Journal médical de Bruxelles 1904 Nr. 25, gerichtlich verurteilt, eine Entschädigung von 2000 Fr. und eine jährliche Rente von 300 Fr. an eine Amme zu zahlen, die zur Ernährung eines ansteckend kranken Kindes vermietet und von diesem infiziert war. Um was für ein Leiden es sich handelte, ist nicht gesagt; die Entscheidung ist aber grundsätzlich von hoher Bedeutung. Ktg.

Folgen einer Schlägerei als Betriebsunfall.

Es handelte sich in dem vom Journal médical de Bruxelles mitgeteilten Falle um die Folgen eines Streites auf einem Werkplatz. Der Angreifer wurde zu Gefängnis verurteilt, dem Angegriffenen und Verletzten aber außerdem eine Unfallsrente zugebilligt. In der Urteilsbegründung des Ziviltribunals zu Nantes wurde hervorgehoben, daß der Streit in unmittelbarem Zusammenhang mit der Arbeit, am Arbeitsort und mit den dazu gehörenden Werkzeugen ausgefochten sei. Aus den vorhergegangenen Erörterungen gehe außerdem hervor, daß der Verletzte, welcher dem Angreifer Vorhaltungen gemacht hatte, im Interesse des Betriebes dazu berechtigt gewesen sei. Eine unter solchen Umständen erlittene Verletzung sei als ein Risiko anzusehen, welches der zur Arbeit Verpflichtete übernimmt. Darum sei sie als ein Betriebsunfall anzusehen und zu entschädigen. Ktg.

Neue Ministerialerlasse.

Erlaß vom 20. Dezember 1904 betr. das Verfahren bei Bewerbungen um erledigte Kreismedizinalbeamtenstellen.

Gesuche um Anstellung oder Versetzung in Kreisarzt-, Gerichtsarzt- oder Kreisassistenzarztstellen sind künftig binnen zwei Wochen nach ihrer Veröffentlichung im Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten einzureichen. Bei Versetzungsgesuchen sind die Gründe darzulegen, welche die Versetzung wünschenswert erscheinen lassen. Der Regierungspräsident, in dessen Bezirk der Bewerber wohnt, sendet mit einer Äußerung über die Befähigung des letzteren das Gesuch dem Regierungspräsidenten, in dessen Bezirk die Stelle frei ist. Dieser sendet sie mit einem zusammenfassenden gutachtlichen Bericht, zu dem ein besonderes Schema aufgestellt ist, an den Minister. In dem Schema ist u. a. die Frage enthalten, ob der Bewerber sein Kreisarztexamen nach der neuen Prüfungsordnung bestanden hat.

— — 22. Dezember 1904 betr. das Verfahren zur Erwerbung der landesherrlichen Genehmigung von Schenkungen und letztwilligen Zuwendungen an juristische Personen.

— — 4. Januar 1905 betr. Vorschriften über das Verfahren der Gerichtsärzte bei den gerichtlichen Untersuchungen menschlicher Leichen (wird später ausführlich besprochen).

— — 23. November 1904 betr. Auslegung von Vorschriften des Süßstoffgesetzes.

Mitteilung einer Reichsgerichtsentscheidung. Ein Apotheker wurde verurteilt, weil er die Süßstofftäfelchen von höchstens 110facher Süßkraft, welche ohne ärztliche Verordnung abgegeben werden dürfen, in Mengen von mehr als 50 g verkauft hatte. Während bei ärztlicher Verordnung diese Höchstgrenze ausdrücklich bestimmt ist, spricht sich das Gesetz bezüglich der vorerwähnten Täfelchen nicht ganz eindeutig aus. Das Reichsgericht sagt aber: dem Sinne des Gesetzes nach muß angenommen werden, daß die Beschränkung des zulässigen Maßes für die dem Handverkauf freigegebenen Süßstoffpräparate erst recht beabsichtigt ist.

— — 1. Dezember 1904 betreffend verbotene Zusätze zum Fleisch. Hexamethylentetramin wird unter dem Namen Carin als Ersatz für Formalin zur Fleischkonservierung versandt. Hiergegen ist einzuschreiten, da dieses Carin laut Gutachten des Kaiserlichen Gesundheitsamts nur durch Abspaltung des giftigen Formaldehyds wirkt. Allerdings ist es fraglich, ob die Gerichte sich nicht auf den Standpunkt stellen werden, daß nach dem Wortlaut der Bekanntmachung vom 18. Februar 1902 Hexamethylentetramin als Zusatz nicht verboten ist, weil es weder Formaldehyd, noch eine Zubereitung desselben, sondern ein eigner chemischer Körper ist.

— — 13. Dezember 1904 betr. Verpackung der staatlich konzessionierten Fläschchen mit Diphtherieheilserum.

— — 5. Dezember 1904 betr. Beschaffung von Kartenbriefen zu den Anzeigen über Erkrankungen etc. an Cholera, Pocken und Flecktyphus etc.

— — 17. Dezember 1904 betr. das Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten ermächtigten Krankenhäuser und medizinischen Institute.

— — 27. Dezember 1904 betr. Feststellung der Morbidität der Heilanstalten.

— — 13. Januar 1905 betr. Veröffentlichung der Anweisungen des Bundesrats zur Bekämpfung des Aussatzes, der Cholera, des Flecktyphus, der Pest und der Pocken. Siehe unter Bücherbesprechungen.

— — 18. Januar 1905 betr. Meldekarten zu den Anzeigen über Erkrankungen usw. an Cholera etc.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 5. Ausgegeben am 1. März.

Inhalt:

Aus dem Hafenkrankenhause in Hamburg.

Der gerichtsärztliche Nachweis des Todes durch Ertrinken.

Von

Dr. Revenstorf.

Das Studium der für die gerichtsärztliche Diagnose des Ertrinkungstodes verwertbaren Leichenbefunde hat mit der Heranziehung der durch die neueren Arbeiten auf diesem Gebiet empfohlenen physikalisch-chemischen Methoden die Deutung und Wertung der anatomischen Veränderungen in nicht geringem Grade gefördert, die Zahl der Fälle zweifelhafter Todesursache eingeschränkt und dem Urteil des forensen Sachverständigen einen hohen Grad von Zuverlässigkeit und Sicherheit verliehen.

Der Beweis des Todes durch Ertrinken wird geliefert durch den Nachweis der aspirierten Ertränkungsflüssigkeit.[1])

Die Befolgung dieses Leitsatzes bietet in technischer Hinsicht die Gewähr eines Untersuchungsganges, der die Gefahr des Irrtums vermeidet, die eine Beurteilung und Entscheidung auf Grund der nicht immer eindeutigen pathologisch-anatomischen Befunde mit sich bringt.

Die Erkennung des Ertrinkungstodes kann durch das bloße Auffinden von Ertränkungsflüssigkeit oder deren suspendierten Bestandteilen in den Brustorganen nicht herbeigeführt werden, hinzukommen muß der Nachweis, daß die Flüssigkeit aspiriert wurde, d. h. vor Eintritt des Todes in die Lungen gelangte.

Die Unterscheidung des vitalen und des postmortalen Eindringens der Ertränkungsflüssigkeit basiert auf dem Nachweis, daß die Zirkulation noch bestand oder daß Atembewegungen noch ausgeführt wurden, als das Wasser in die Lungen gelangte.

Alle Veränderungen, die experimentell durch Eingießen von Flüssigkeit in die Trachea von Leichen erzeugt werden können, dürfen nicht als zuverlässige Ertrinkungsmerkmale angesehen werden. Diese Zeichen sind darum für die Erkennung der Todesart keineswegs bedeutungslos. Sie gewinnen ihren Wert allerdings erst dann, wenn die Vermutung begründet werden kann, daß andere Ursachen, als die den physiologischen Ertrinkungsmechanismus begleitenden Vorgänge nicht in Betracht kommen.

In der beigegebenen Tabelle I sind die Resultate verzeichnet, die wir bei der Untersuchung der Brusthöhlenflüssigkeiten von Leichen Erhängter erhielten, denen die angegebene Flüssigkeitsmenge (Leitungswasser) durch die Trachealkanüle eingegossen wurde. Die Leichen befanden sich mit Ausnahme des Falles 5 in aufrechter Stellung.

Das Eindringen von Ertränkungsflüssigkeit während der Agone steht dem postmortalen Hineinlaufen sehr nahe. Vital in die Lunge gelangtes destilliertes Wasser läßt sich im Experiment selbst bei schnell getöteten Tieren im Lungengewebe meist nicht mehr auffinden infolge der guten Resorptionsfähigkeit von den Atmungsorganen aus. Die Entstehung des Oedema aquosum hat ihren Grund nicht in der Tatsache des Eindringens von Wasser in die Luftwege als solcher, sondern darin, daß das Wasser teils nicht mehr in Kontakt gelangt mit den Resorptionswegen, teils die Resorptionsfähigkeit bereits aufgehoben ist, weil die Herztätigkeit so weit darniederliegt, daß zwar noch Herzbewegungen stattfinden, aber infolge des minimalen Blutdrucks der Blutumlauf verlangsamt ist oder sistiert.

Agonal oder postmortal eingedrungenes Wasser führt in gleicher Weise zu Oedema aquosum. Das Oedema aquosum kann demnach durch die mit den terminalen Atemzügen aspirierte Ertränkungsflüssigkeit erzeugt oder an der Leiche zustande gekommen sein. Eine Trennung dieser beiden Möglichkeiten ist mit Hilfe des kryoskopischen Lungenbefundes allein nicht durchzuführen.

Vermittelst der Kryoskopie wurde die in allen Fällen der Tabelle I bestehende starke Durchfeuchtung der Unterlappen leicht als „Oedema aquosum" erkannt. In drei Fällen war Blutverdünnung eingetreten, in fünf Fällen fehlte dieselbe. Die Herzbeutelflüssigkeit erwies sich in keinem der untersuchten Fälle als verwässert. Das verdünnte Blut zeigte in allen drei Fällen typische Ertränkungshämolyse.

Unter diesen Resultaten ist als wichtigster Befund hervorzuheben, daß die Blutverdünnung kein sicheres Zeichen des Ertrinkungstodes ist. Dieses Ergebnis steht im strikten Gegensatz zu der bisherigen Annahme, daß es sich beim Übertritt von Wasser ins Blut stets um einen vitalen Vorgang handle. Zu der letztgenannten Schlußfolgerung gelangten die Autoren durch Verallgemeinerung der im Tierversuch gewonnenen Resultate: ins Wasser gelegte Kadaver erleiden keine Blutverdünnung, während bei ertränkten Hunden (abweichend von unseren Untersuchungsergebnissen an ertrunkenen Menschen) mit wenigen Ausnahmen Ertränkungsflüssigkeit im Blut gefunden wird. Die Dauer des Todeskampfes ist für die Qualität der kryoskopischen Befunde ohne Bedeutung, da auch durch einmaliges Untertauchen getötete Tiere fast regelmäßig Blutverdünnung aufweisen.

Die Voraussetzung des vitalen Eindringens der bei der Obduktion kryoskopisch nachgewiesenen Ertränkungsflüssigkeit wird daher von allen Autoren geteilt. Die unterschiedlichen Werte des Trockenrückstandes beider Herzhälften deutete bereits Brouardel[2]) in der Weise: das Blut, welches dem linken Herzen durch die Pulmonalarterie zugeführt wird, nimmt beim jedesmaligen Passieren der Lunge eine bestimmte Menge Wasser auf, während das Blut des rechtens Herzens eine neue Verdünnung in den Alveolen noch nicht erfahren hat. Nur unter der Voraussetzung der nicht sistierten Zirkulation gilt die Erklärung Carraras,[3]) dem auch Stoenescu[4]) beipflichtet, daß die Verdünnung des Blutes im linken Herzen eine stärkere sei, weil das Eindringen der Ertränkungsflüssigkeit in die Blutbahn im Lungenkreislauf erfolge.

Carrara erklärt die in einem seiner Fälle resultierende Differenz der durch Berechnung des Hämoglobingehaltes gefundenen Menge Ertränkungsflüssigkeit von der kryoskopisch nachweisbaren Quantität durch Diffusion des Hb ins Gewebe und durch die Fähigkeit der hämatopoetischen Organe den Farbstoff zurückzuhalten. Diese Bemerkung bewegt sich ebenso in der Vorstellung des vitalen Eindringens von Ertränkungsflüssigkeit in das Blut, wie die Erklärung der Blutverdünnung der linken Herzseite einfach durch die Tatsache, daß die Ertränkungsflüssigkeit genau in der Mitte zwischen beiden Herzhälften in den Lungenkreislauf übertritt.

Unsere Versuche lehren nun, daß eine Blutverdünnung, die sich auf den Inhalt des Arteriensystems beschränkt, außer durch den Submersionsvorgang auch an der Leiche erzeugt worden sein kann. Postmortal in die Luftwege gelangte Flüssigkeit verdünnt, wenn sie überhaupt in den Gefäßinhalt übertritt, nur das Blut des linken Herzens und der Arterien. Dieses Versuchsergebnis beruht auf einer gesetzmäßigen Leichenerscheinung. Sein Analogon findet sich innerhalb anderer Kapillarsysteme in den Beziehungen zwischen Blut, Gewebssaft und Zellinhalt. Bei hinreichender Menge der in die Trachea von Leichen eingegossenen Flüssigkeit können enorme Unterschiede in der Zusammensetzung des Blutes beider Herzhälften entstehen. Eine Diffusion der Ertränkungsflüssigkeit in das Venenblut tritt bei frischen Leichen nicht ein. Das Venenblut behält die hohe

Tabelle I.

Nr.	Gefrierpunkt: Blut im linken Herz	Gefrierpunkt: Blut im rechten Herz	Gefrierpunkt: Blut im Pfortader	Gefrierpunkt: Lungensaft	Gefrierpunkt: Pleurainhalt	Gefrierpunkt: Herzbeutel-Flüssigkeit	Hämolyse: linkes Herz	Hämolyse: rechtes Herz	Hämolyse: Pfortader	Menge der eingegossenen Flüssigkeit	Std.-Zahl, die nach Anstellung des Versuchs bis zur Ausführung der Sektion verfloß
1	0,40°	0,74°	0,92°	LU = 0,38°	0,34°	0,71°	intensiv	rot	rot	1200 ccm	24h
2	0,84°	0,84°	1,02°	RU = 0,29°	—	0,82°	rot	intensiv	intensiv	1800 „	1h
3	0,64°	0,70°	0,86°	LU = 0,30° RU = 0,27°	—	0,64°	gelblichrot	rot	rot	1200 „	24h
4	0,39°	0,72°	0,90°	LO = 0,53° RO = 0,45° LU = 0,24° RU = 0,24°	0,28°	0,68°	intensiv	wenigst intensiv als im linken Herzen	weniger intensiv als im linken Herzen	2000 „	24h
5	0,78°	0,90°	1,06°	LO = 0,57° LU = 0,35°	—	—	rot	intensiv	intensiv	1000 „	3h
6	0,73°	0,72°	0,93°	LO = 0,61° RO = 0,54° LU = 0,31° —	R = 0,74° L = 0,54°	0,77°	—	—	—	1500 „	24h
7	0,69°	0,71°	0,98°	LO = 0,45° LU = 0,43°	—	—	gelblichrot	rot	intensiv	1000 „	24h
8	0,45°	0,71°	0,88°	RU 0,31°	0,44°	0,65°	intensiv	rot	rot	1900 „	15 Min.

Konzentration; auf welche es infolge des osmotischen Druckausgleichs mit den Geweben und infolge der Fäulnis gelangte. Immerhin tritt die Blutverdünnung, wie Tabelle I ebenfalls lehrt, selbst bei reichlichem Wassereinguß nur in dem kleineren Teil der Fälle ein.

Für die forensische Diagnostik ist im einzelnen folgendes zu bemerken.

Der Übertritt von Erträukungsmedium in das noch kreisende Blut führt zu einer Verdünnung der gesamten Blutmasse, der Übertritt in den Gefäßinhalt der Lungenkapillaren nach Sistierung der Zirkulation nur zu einer Verdünnung des Arterienblutes, d. h. des Inhaltes derjenigen Gefäßabschnitte, mit welchen das verdünnte Blut in Diffusionsaustausch tritt.

Ist außer dem Arterienblut, wenn auch stets in geringerem Grade das Venenblut verdünnt, so handelt es sich um Ertränkungsflüssigkeit, die während des Submersionsvorgangs d. h. vital in die Luftwege eindrang.

Große Unterschiede in der Blutkomposition des rechten und linken Herzens angeblich Ertrunkener, deren Venenblut nicht verdünnt ist, sprechen für den Übertritt der Ertränkungsflüssigkeit in das nicht mehr fließende Blut.

Farbstoffaustritt findet sich bei postmortaler Einwirkung von Süßwasser auf das Blut im Arterien-, nicht aber in gleichem Grade im Pfortaderblutserum.

Tabelle II.

Nr.	Gefrierpunkt				Ertränkungsflüssigkeit nachweisbar (+) nicht nachweisbar (−) durch		
	Linkes Herz	Rechtes Herz	Lunge	Pleurahöhle	Blut	Lungenbefund	Planctonbefund
1	0,67°	0,72°	—	—	—	—	+
2	0,51°	0,73°	LU = 0,3[illegible]° LO = 0,43° RU = 0,41° RO = 0,41°	0,47	+	+	+
3	0,49°	0,81°	RO = 0,43° RM = 0,44°	0,53	+	+	+
4	0,59°	0,61°	0,61°	—	—	—	+
5	0,48°	0,75°	RO = 0,37° RM = 0,38° LO = 0,3[illegible]° LU = 0,36°	0,48	+	+	+
6	0,68°	0,69°	0,70°	0,69	—	—	—
7	0,53°	0,61°	LU = 0,41° LO = 0,43° RM = 0,43° RO = 0,43°	—	+	+	+
8	0,50°	0,69°	LO = 0,37° LU = 0,31° RO = 0,29° RU = 0,34°	0,38	+	+	+
9	0,51°	0,62°	RO = 0,41° RU = 0,13°	0,53	+	+	+
10	0,65°	0,68°	0,49°	0,68°	—	+	+
11	0,79°	0,84°	0,66°	0,72	—	—	—
12	0,57°	0,59°	0,45° 0,56°	—	—	+	+
13	0,79°	0,87°	LO = 0,51° RU = 0,67° RO = 0,73°	—	—	+	+
14	0,46°	0,61°	0,45°	0,51	+	+	+
15	0,59°	0,61°	0,59°	0,61	—	—	+
16	0,63°	0,76°	RO = 0,4[illegible]° RM = 0,29° RU = 0,49° LO = 0,41° LU = 0,49°	0,51	—	+	+
17	0,50°	0,66°	LO = 0,41° LU = 0,4[illegible]° RO = 0,39° RM = 0,46°	—	+	+	+
				Summe:	8	12	15

RO = Rechter Oberlappen, RM = Rechter Mittellappen, RU = Rechter Unterlappen, LO = Linker Oberlappen, LU = Linker Unterlappen

Tabelle II umfaßt die im Winter 1903/04 untersuchten frischen Wasserleichen. Unter 17 Fällen ließ sich die Ertränkungsflüssigkeit im Herzblut nachweisen in 8 Fällen, in der Lunge durch die Kryoskopie in 12, durch die Planktonmethode in 15 Fällen. Die große Zahl der positiven kryoskopischen Befunde ist für die Wintermonate charakteristisch.[5])

Unter den 8 Fällen mit nachweisbarer Blutverdünnung zeigen 3 (2, 3, 5) sehr große Unterschiede in der Molekularkonzentration des Blutes beider Herzhälften. In keinem Falle ist gleichzeitig das Venenblut verdünnt. Die Ertränkungsflüssigkeit gelangte also in allen Fällen erst nach dem Aufhören der Zirkulation in die Blutbahn. Fälle vitaler Blutverdünnung fehlen. Das ist ein zufälliges Zusammentreffen. Wir haben wiederholt Fälle beobachtet mit gleichzeitiger Verdünnung des Venenblutes, wenn auch begreiflicherweise die Zahl derselben hinter den übrigen bedeutend zurückbleibt.

Wie man sieht, läßt sich mit Hilfe der kryoskopischen Ergebnisse zwar in jedem Falle sagen, ob das Wasser in das noch fließende Blut eindrang, oder ob die Zirkulation bereits sistierte, als das Blut mit der Ertränkungsflüssigkeit in Berührung kam. Einen sicheren Hinweis auf den Vorgang des Ertrinkens erhalten wir indes nur in wenigen Fällen.

Einen Schritt weiter kommen wir, wenn wir andere bei der Untersuchung ertrunkener Menschen gewonnenen Erfahrungen heranziehen und dadurch zu einer exakten Wertung der kryoskopischen Befunde zu gelangen versuchen, daß wir gleichzeitig die Verteilung des Planktons in der Lunge berücksichtigen.

Das vom Ertrinkenden eingeatmete Wasser verteilt sich, dem Inspirationsluftstrom folgend, in der ganzen Lunge. Das postmortal eindringende Ertränkungsmedium wird entweder angesogen (durch die Abkühlung der Lungenluft oder durch die elastische Ausdehnung des durch äußere Gewalteinwirkung komprimierten Brustkorbs) oder in die Luftwege gewaltsam hineingepreßt. Seine Verteilung ergibt sich nach den Gesetzen der Schwere. Die gleichmäßige Verteilung der suspendierten Bestandteile der Erstickungsflüssigkeit über das gesamte Lungengewebe ist nach unserer Erfahrung eins der sichersten Zeichen des vitalen Eindringens derselben, praktisch von größter Bedeutung, da die gewöhnlichen Ertränkungsmedien durchweg verunreinigt sind.

Die Verteilung des Planktons auf das Lungengewebe stellte in allen Fällen mit positivem kryoskopischen Untersuchungsergebnis (sowohl den in der Tabelle verzeichneten, wie auch den übrigen von uns beobachteten) das vitale Eindringen der Suspensionsflüssigkeit außer Frage. Es liegt kein Grund vor anzunehmen, daß in diesen Fällen die kryoskopisch nachweisbare Ertränkungsflüssigkeit zu einem anderen Zeitpunkt, d. h. postmortal in die Luftwege eindrang, als die an ihren suspendierten Bestandteilen erkannte.

In den zur Sektion gelangten, wenig zahlreichen Fällen mit negativem Planktonbefund entsprachen die kryoskopischen Werte der gewöhnlichen Fäulnis. Einen Fall postmortalen Eindringens der Ertränkungsflüssigkeit in die Luftwege einer frischen Wasserleiche (kryoskopisch nachweisbares Oedema aquosum eines oder mehrerer Lappen, trotz algenreicher Ertränkungsflüssigkeit Fehlen von Planktonorganismen im subpleuralen Gewebe der übrigen Lappen), hatten wir trotz unseres recht umfangreichen Untersuchungsmaterials zu beobachten keine Gelegenheit. Es ist daher zwar nicht als Gesetz, aber doch als Regel anzusehen, daß die bei frischen Wasserleichen nachweisbaren Verdünnungen der Brusthöhlenflüssigkeiten durch den Ertrinkungsvorgang und nicht durch Einfließen von Wasser in die Luftwege des Kadavers erzeugt werden. Die mikroskopische Methode ist der kryoskopischen sowohl hinsichtlich der Anwendbarkeit, wie auch bezüglich der Feststellung des vitalen Eindringens des Er-

tränkungsmediums überlegen. Ihr gebührt daher für die Untersuchung des gewöhnlichen gerichtsärztlichen Materials, bei dem planktonreiche Gewässer in Betracht kommen, der Vorzug. Sie versagt aber gänzlich in den allerdings selteneren Fällen, in welchen das Ertränkungsmedium frei von suspendierten Bestandteilen war. Für diese Fälle gewinnt die eben angeführte Regel eine hohe praktische Bedeutung.

Anmerkungen.

1) Vgl. Vierteljahrsschrift f. gerichtl. Medizin 1904 XXVII. 2.
2) Brouardel, Pondaison etc. 1895 S. 461.
3) Carrara. Arch. ital. de biol. 1901 S. 350.
4) Stoencscu, Annales d'hygiene publique 1903 S. 9.
5) Vgl. eine a. a. O. (Münchner med. Wochenschrift 1905) veröffentlichte Sommertabelle.

Hamburg, den 8. Februar 1905.

Die praktische Untersuchung auf Farbenblindheit zum Zweck der Feststellung der Tauglichkeit zum äußeren Eisenbahndienst.[1])

Von

Dr. Augstein-Bromberg

M. H! Sehen Sie unsere Sitzungs-Protokolle durch, so finden Sie, daß seit dem Jahre 1889 uns neunmal die Prüfung auf Farbenblindheit und alles was damit zusammenhängt, beschäftigt hat. Man kann unmöglich verlangen, daß jeder Arzt diese schwierige Materie beherrscht; aber unerläßlich ist es, sich mit den Resultaten der Forschungen bekannt zu machen. Denn nur auf diese Weise ist es möglich, die außerordentlich mannigfachen Prüfungsergebnisse mit den uns zur Verfügung stehenden Proben richtig zu bewerten und zu einem unanfechtbaren Urteil über Tauglichkeit oder Untauglichkeit zu kommen. Wir müssen uns vergegenwärtigen, daß die wissenschaftliche Prüfung auf den Farbensinn allein möglich ist am Spektralapparat und durch Einstellung von Gleichungen mit spektralen Farben durch den Maxwellschen Farbenkreisel. Ein besonderes Gewicht ist auch auf die im allgemeinen noch zu wenig bekannte Tatsache zu legen, daß die typische Abweichung vom normalen trichromatischen Farbensystem mit seinen festgestellten Empfindungskurven für Rot, Grün und Violett keineswegs nur in der hinlänglich bekannten Form des trichromatischen Systems (also Rot-, Grün- und Violettblindheit) vorkommt, sondern daß wir im sogenannten „anomalen“ trichromatischen System eine typische Ausfallserscheinung haben, die ganz analog der Rot- bzw. der Grünblindheit ist. Diese anomalen Trichromaten haben also im Spektrum keineswegs eine Verkürzung oder einen Ausfall einer Farbe (wie die Farbenblinden), sondern in dem einen Typus[2]) ist die Empfindungskurve für Grün der des Rot angenähert, und der andere Typus[3]) stellt sich analog der Rotblindheit an die Seite. Gemeinhin werden die „anomalen“ Trichromaten identifiziert mit den sogenannten „Farbenschwachen“, was für praktische Zwecke wohl ohne Schaden geschehen kann. Immerhin mußten wir wissen, daß beide Erscheinungen wissenschaftlich differenziert werden.[4]) Eine Mischung von spektralem Rot und Grün zu Gelb fällt nämlich bei einem anomalen Trichromaten anders aus wie bei einem normalen Trichromaten, und je nachdem zuviel Grün oder zuviel Rot dazu gebraucht wird, wird auch zugleich der eine oder der andere Typus der anomalen Trichromaten diagnostiziert; die „Farbenschwachen“ aber wählen die Gleichung Rot + Grün = Gelb, ebenso wie der völlig Farbentüchtige. Eine sehr sichere Diagnose der anomalen Trichromaten hat Nagel (s. n. c.) durch seinen Apparat zur Diagnose der Farbenblindheit[1]) gefunden. Bei Nebeneinanderstellung von Rot und Gelb in diesem Apparat nennen alle anomalen Trichromaten durch „gesteigerten Kontrast“ das Gelb Rot, während dies weder die Normalen, noch die Farbenschwachen tun. Sämtliche anomalen Trichromaten sind farbenschwach, also die Unterschieds-Empfindlichkeit ist gesunken, so daß namentlich auch die Distanz vom farbigen Objekte eine große Rolle spielt. Endlich dürfen wir nicht vergessen, daß neben diesen wissenschaftlich festgestellten Typen der Ausfalls-Erscheinungen noch alle möglichen Übergänge in der Farbenempfindung vorkommen. Nun fragt es sich, ob wir aus unseren, uns zur Verfügung stehenden Proben imstande sind, in jedem Falle ein richtiges Urteil abzugeben, ob der Geprüfte den praktischen Anforderungen gewachsen ist.

Im Jahre 1903 habe ich sowohl hier in unserer Versammlung in Berlin wie in der allgemeinen Deutschen Bahnarztversammlung in München von praktischen Prüfungen Farbenblinder auf dem Bahndamm mit wirklichen farbigen Signalen berichtet. Es hatte sich dabei folgendes interessante Resultat ergeben: nur ein geringer Bruchteil, etwa 1% der Rotgrünblinden versagte völlig, die meisten machten bei etwa zehnmaligem Wechsel zwei bis drei Falschnennungen und endlich war 1% imstande. bei beliebig häufigem Wechsel sofort die Farbe richtig zu nennen. Dabei ist zu erwähnen, daß die meisten ihre Unsicherheit in der Erkennung zugaben, darunter ein Regierungsbaurat, der sich in praktischen Verhältnissen durch ein Pincenez hilft, das ein rotes und ein grünes Glas hat. Es mußte die Vermutung auftauchen, daß diejenigen, die die Signale stets erkannten nur schwachen Farbensinn hatten. Bei der so wichtigen Rolle, die der „schwache Farbensinn“ spielt, entstehen sofort zwei Fragen:

1. Ist der schwache Farbensinn sicher als solcher bei der Prüfung festzustellen und von Farbenblindheit zu unterscheiden?

2. Ist es gestattet, Personen mit schwachem Farbensinn zum Fahrdienst zuzulassen?

Zunächst möchte ich mir erlauben, ihnen hier die vierte Auflage von Hermann Cohns „Täfelchen zur Prüfung des feinen Farbensinns“ mit Benutzung des Meyerschen Florkontrast vorzulegen. Ich habe etwa 500 Prüfungen mit dem Florkontrasts gemacht und kann nur sagen, daß dieses Cohnsche Täfelchen in der 4. Auflage hervorragend brauchbar ist. Bezeichnet jemand sicher die Seite, nach welchen die Haken sich öffnen, so ist er zweifellos farbentüchtig. Cohn sagt: „Wer sie nicht erkennt, ist aber immer noch nicht farbenblind, er kann auch nur Schwäche des Farbensinns haben, deren Grad man durch andere Proben bestimmen kann.“

Es darf wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir mit der Holmgrenschen, Stillingschen und Nagelschen Punktprobe imstande sind, den schwachen Farbensinn festzustellen. Sehr notwendig ist es dabei, sich genau an die jeder von diesen Proben beigegebenen Vorschrift über die Untersuchungsmethode zu halten. Wir entdecken dabei die mannigfachsten Abstufungen der Farbenschwäche und werden nach den Untersuchungen von

1) Nach einem Vortrag im Verein der Eisenbahnärzte für die Direktionsbezirke Bromberg, Königsberg und Danzig in Berlin am 25. November 1904.

2) s. Helmholtz, Physiologische Optik, 2. Aufl. S. 259.

3) s. Levy, Über einen zweiten Typus des anomalen trichromat. Farbensystems, Dissert. Freiburg 1903.

4) Herr Professor W. A. Nagel: Die Diagnose der anomalen trichromatischen Systeme, Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde, XIII. Jahrgang, I. Band, April.

1) Professor W. A. Nagel, Beiträge zur Diagnostik, Symptomatologie und Statistik der angeborenen Farbenblindheit. Archiv für Augenheilkunde, Bd. 38, 1898 in Bd. 41. I. 1899.

Nagel (l. c.) nicht daran zweifeln dürfen, daß im ganzen Komplex dieser „Farbenschwachen“ sich sowohl anomale Trichromaten, als auch Farbenschwache mit normalem trichromatischem System befinden, ja daß sogar Rotgrünblindheit mit unterlaufen kann. Unter diesen die differentiale Diagnose zu stellen, ist außer am Spektral-Apparat auf viel einfachere Weise möglich durch den schon erwähnten Apparat zur Diagnose der Farbenblindheit des Herrn Nagel. Aber eine Notwendigkeit hierzu liegt nicht vor, da jene Proben für praktische Verhältnisse ein ausreichendes Urteil gestatten. Ich habe auch große Bedenken, ob die Intelligenz der zu Prüfenden, namentlich bei uns im Osten zur Beantwortung der Fragen am Nagelschen Apparat ausreicht. Dagegen würde ich in zweifelhaften Fällen unbedingt eine praktische Prüfung empfehlen und bin überzeugt, daß diese sich ebenso bewähren wird, wie sie sich bisher in zweifelhaften Fällen zur Prüfung der Sehschärfe bewährt hat.

Ich wandte mich nun schriftlich an die Herren Professor Uhthoff und Cohn, namentlich zur Entscheidung der Frage, ob Personen mit schwachem Farbensinn zum Fahrdienst zuzulassen seien. Professor Cohn hatte die Freundlichkeit mir folgendes zu antworten: „Ich würde niemand zum Fahrdienst zulassen, der nicht diese Kontrastprobe (also das Ihnen gezeigte Täfelchen) auf Anhieb besteht. Denn wenn dann ein Unglück vorkommt, würde er sich mit seiner Schwäche herausreden. Es ist möglich, daß er ohne eine Verwechslung der Signale zu machen, fährt; denn wenn er auch nicht rot als rot und grün als grün sieht, wie wir Normalen, so sieht er doch beide Laternen verschieden und er übt sich schon um nicht entdeckt zu werden, die eine Farbe, wie sie die Normalen bezeichnen, rot zu nennen und die andere grün. Trotzdem bleibt ihm eine Farbenschwäche, die ebenso wie die Farbenblindheit angeboren ist.“

Herr Professor Uhthoff hatte die Güte, zu erwidern: „Der typisch Rotgrünblinde ist untauglich für den Fahrdienst; es würde ein unverantwortlicher Rückschritt in der Aufhebung der Farbenprüfung und Belassung der Rotgrünblinden im Fahrdienst zu erblicken sein. Der sogenannte schwache Farbensinn (anomaler Trichromat) ist jedenfalls eine relativ seltene Erscheinung, die ich, wenn sie Holmgren, Stilling usw. richtig bestehen, auch im Fahrdienst für verwendbar halte. Ich glaube, daß die sorgfältige Anwendung einer Wahlprobe und einer pseudo-isochromatischen Probe schließlich genügt, um die Frage der Brauchbarkeit für den Fahrdienst richtig zu entscheiden, und zwar in positivem Sinne, wenn sie bei zahlreichen Wiederholungen richtig bestanden werden. Danach würde ich auch Farbenschwache für tauglich zum Fahrdienst halten.“ So sehen wir hier einen Widerspruch bei der zweiten Frage, und sehr interessant ist es, daß auch wir in unsern Verhandlungen im Laufe der Zeit unsere Meinung änderten; nämlich vom absoluten Ausschluß der „Farbenschwachen“ im Jahre 1892 zu der Überzeugung, daß Farbenschwache unbedenklich eingestellt werden können, im Jahre 1897.

Nagel und Feilchenfeld[1]) sind für Ausschluß der anomalen Trichromaten. Ich habe schon auseinandergesetzt, wie schwierig ihre Diagnose ist; sie gehören alle zu den Farbenschwachen und werden durch die Holmgrensche-Stillingsche und Nagelsche Punktprobe entdeckt und praktisch kommt es allein auf den Grad des schwachen Farbensinns bei ihnen an. Nagel hat offenbar im Jahre 1899 unsern Standpunkt geteilt, wenn er sagt:[2]) Betonen möchte ich schließlich noch, daß ich es für bedenklich, ja für ein schweres Unrecht halten müßte, wenn man alle diejenigen Personen, die bei der Wellprobe gröbere Fehler machen, praktisch als farbenblind behandelte, d. h. sie vom Eisenbahn- und Marinedienst zurückweisen wollte, namentlich aber Personen, die schon im Dienst sind, bei den meines Wissens vorgeschriebenen von Zeit zu Zeit wiederholten Untersuchungen aus diesem Anlasse entlassen wollte.“ Er stellt dann die Forderung, daß der Farbensinn der fovea centralis allein für sich geprüft wird, und hat zu diesem Zweck mit farbigen Glasstücken, die von hinten her beleuchtet sind, geprüft, um die Verhältnisse der Wirklichkeit nachzuahmen (also wie in der Laterne von Eversbusch). Praktische Prüfung im gegebenen Falle würde ich noch mehr empfehlen.

Ich glaube, daß wir mit Recht unsern Standpunkt, Farbenschwache zuzulassen, beibehalten können. Soviel ist aber sicher, daß, bewußt oder unbewußt, die Behandlung der „Farbenschwachen“ überall eine verschiedene gewesen und für mich besteht gar kein Zweifel, daß gerade nur aus diesem Umstande bei einigen der Wert der ganzen Farbensinnprüfung in Mißkredit gekommen ist. Farbenschwache sind als untauglich erklärt worden, und dieselben verraten den Signalen gegenüber keine Unsicherheit; und bei der Prüfung werden solche Personen je nach dem verschiedenen Standpunkt des Begutachters als „tauglich“ oder „untauglich“ erklärt. Was Wunder, wenn für oberflächliche Betrachtung sich die größte Unsicherheit in der Beurteilung ergibt.

So hielt Herr Sanitätsrat Dr. Ullersberger auf dem diesjährigen allgemeinen deutschen Bahnarzttag zu Metz eine Rede über farbige Signale, die kurz ausgedrückt, etwa folgenden Inhalt hat: Der Nutzen der ganzen Farbensinnprüfung ist problematisch, denn erstens ist noch kein Unfall aus Farbenblindheit vorgekommen und zweitens ist die Untersuchung unsicher, denn es liegen 28 Fälle vor, in denen nicht nur ein Bahnarzt dem anderen, sondern eine Autorität der anderen widersprochen hat; er glaubt nicht, daß die Sicherheit des Betriebes von der Sicherheit des Farbensinns abhängt; glaubt man das ernstlich, so müssen die farbigen Signale abgeschafft werden. Der außerordentlich zuversichtliche Ton der Rede ist unbeeinflußt durch etwaige Bedenken, wie sie doch hie und da einem aufstoßen mußten, der sich mit Studien über Farbenblindheit beschäftigt hat und z. B. bei praktischen Prüfungen auf dem Bahndamm die Verwechslungen sieht und das Geständnis intelligenter Farbenblinder hört, daß von einer Sicherheit des Erkennens keine Rede sein kann. Ullersberger sagt: Dieses Faktum — nämlich, daß kein Unfall bisher durch mangelnden Farbensinn vorgekommen — diese von keiner Seite bestrittene Tatsache ist immerhin der höchsten Beachtung wert und hätte sehr wohl verdient, in Rechnung gestellt zu werden, als Theoretiker das Dogma von der theoretischen Gefahr konstruierten, in der das reisende Publikum, die Zugbegleitungspersonen und schließlich der ganze Betrieb mit dem angrenzenden Gelände schweben sollte, falls ein Lokomotivbeamter wegen mangelnden Farbenunterscheidungsvermögens nicht imstande wäre, die gegebenen Signale zu erkennen, und nun mit seinem Zuge ins dunkelste Ungefähr hineinstürmte.“ Hierzu will ich nur bemerken, daß keine Theoretiker theoretische Gefahren konstruierten, sondern daß der Untergang eines Segelschiffes im Golf von Biscaya in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts der Anlaß war, die Farbenuntersuchung für Marine und Eisenbahn einzuführen. Dann heißt es weiter: „Dieser Alarmruf der Theoretiker, einmal ausgestoßen und mit den bekannten Mitteln der Publizistik jedermann und vor allem den verantwortlichen Bahnverwaltungen eindringlichst und stets von neuem ins Ohr geschrien, erregte kein geringes Gruseln sozu-

[1]) Dr. Hugo Feilchenfeld: Sind die anomalen Trichromaten tauglich zum Eisenbahndienst? Archiv für Augenheilkunde I. Band, erstes Heft.

[2]) Beiträge zur Diagnostik etc. der Farbenblindheit, Archiv für Augenheilkunde 28. Band S. 65.

sagen bei tout le monde. Mit der Naivität war es vorbei und die Periode der Untersuchungen hub an."

Weiter schildert er ganz ergötzlich, wie vom Schlosserlehrling bis zu einer 30jährigen Dienstzeit eine 35malige Untersuchung vorkommen kann. Er wird gefühlvoll, wenn er von den im Dienst befindlichen oder eben aus schwerem Dienst heimkehrenden und der Ruhe bedürftigen Beamten spricht, die dem untersuchenden Arzt zugeführt werden. Er spricht von der Unsicherheit und Ungleichmäßigkeit und der damit verbundenen Unzuverlässigkeit der Ergebnisse, da es nicht gleichgültig ist, ob ein ermüdeter oder ausgeruhter Beamter auf solch feine Funktion untersucht wird, von der Spannkraft des Arztes, dem kurzerhand eine Aufgabe zugewiesen wird, die er unter den gegebenen Verhältnissen einfach nicht lösen kann und von der Unsicherheit der Methode. M. H.! Wir erfahren es jeden Tag, daß die Spannkraft des Arztes viel höheren Anforderungen standhalten muß als einer Farbenprüfung, auch läßt sich nach meinen Erfahrungen nicht annehmen, daß diese für die Beamten eine Beeinträchtigung ihrer Ruhe ist.

Im besonderen muß ich der Ansicht widersprechen, daß es ein Unterschied wäre, ob ein ausgeruhter oder ermüdeter Beamter geprüft wird. Die Muskelkraft kann ermüden, überhaupt jede Kraft kann ermüden; von einer Ermüdung des Farbenerkennens zu sprechen, ist eine contradictio in adjecto; es ist eine Fähigkeit der Netzhaut-Elemente, die entweder stets vorhanden ist oder nicht vorhanden ist; sonst wäre ja die Folge, daß ein Lokomotivführer sagen könnte: Ich bin heute soviel Hunderte von Kilometern gefahren, daß ich jetzt nicht mehr die Signale erkennen kann. Nach all diesen Ausführungen hätten wir nun erwartet zu hören: „Weg mit der ganzen Farbensinnprüfung", aber da verblüfft der Redner wieder durch die Wendung: „Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, daß, solange die auf einer gewissen Sehschärfe und auf richtigem Farbenunterscheidungs-Vermögen beruhenden Farbensignale beibehalten werden, die hier in Frage kommenden Beamten auf Sehschärfe und höheres und promptes Farbenunterscheidungsvermögen geprüft werden müssen, nur nicht zu oft, etwa einmal bei der Einstellung und dann noch einmal zwischen dem 40.—45. Lebensjahr." Also wir sind wieder auf gemeinsamem Boden unserer Anschauungen. Und nun der mehr ernst zu nehmende Teil der Auseinandersetzungen: Es besteht gar kein Zweifel, daß alle bis jetzt bekannten Methoden der Prüfung auf Farbenunterscheidungsvermögen Mängel an sich haben und keinerlei Gewähr der Sicherheit bieten, nicht etwa nur in den Händen der praktischen Ärzte und Bahnärzte, sondern auch in den Händen berühmter Fachleute. In 28 Fällen hätten sich in jedem Einzelfall die Angaben der untersuchenden Ärzte mit Grazie in infinitum widersprochen. Neun Fälle sind in einer Tabelle namentlich mit den Untersuchungsergebnissen angeführt. Diese Tabelle gibt allein das widersprechende Untersuchungsresultat ab, ohne auf das Resultat der einzelnen Untersuchungs-Methoden Rücksicht zu nehmen, einmal ist sogar als Resultat der Kommissions-Untersuchung angegeben: „Farbensinn zweifelhaft." (!) Meines Erachtens hat eine solche Angabe allein gar keinen Wert. Soll ein Urteil über einen fraglichen Fall, namentlich gar in höherer Instanz abgegeben werden, so muß das Urteil lauten:

1. Ausgang der Probe mit Florcontrast,
2. „ „ „ „ Holmgreen,
3. „ „ „ „ Stilling,
4. „ „ „ „ Nagel.

Dieses ist die geringste Anforderung; gut ist es, wenn noch andere Proben dazu kommen, z. B. die Probe mit der Laterne von Eversbusch und, ist die Prüfung in einer Universitätsklinik gemacht, so kann mit Fug und Recht auch die Angabe des Spektrums und der Farbengleichungen verlangt werden. M. H.! Ebenso wie Sie z. B. als Gutachter bei einem Schiedsgericht für Arbeiter-Versicherung unmöglich allein sagen können: Der begutachtete Arbeiter X hat traumatische Neurose, hat eine Luxation in dem oder jenem Gelenke, hat einen Riß in der Aderhaut des Auges usw. ohne die Grundlagen anzugeben, auf denen sie zu solcher Anschauung gekommen sind, ebenso gut mußten die Grundlagen der Prüfungen angegeben werden, auf denen das Urteil „Farbenblind oder nicht Farbenblind" ausgesprochen ist. Erst dann läßt sich eine Kritik ausüben, die hier oder dort den wunden Punkt schon sicher treffen wird. Ich habe vor 30 Jahren noch einer Prüfung auf Farbenblindheit beigewohnt, in der der Aspirant gefragt wurde, „Welche Farbe hat dies Löschpapier? „Welche Farbe das Tuch des Tisches? und muß in Erinnerung daran auch mit Ullersberger sagen: „Mit der Naivität ist es vorbei, und die Periode der Untersuchungen hub an." - -

Selbstverständlich kann es ferner gar keine Frage sein, daß es sich in der Mehrzahl dieser fraglichen Fälle um schwachen Farbensinn gehandelt hat, da es bei gewissenhafter Untersuchung ganz ausgeschlossen ist, daß wirkliche Rotgrünblindheit in mehrfachen Untersuchungen, wobei der Einzelfall bereits als dubiös hingestellt wird, übersehen werden kann. Bei dem schwachen Farbensinn kommen alle Erwägungen zur Geltung, die ich zu Anfang angeführt habe. — Da hilft es dem Herrn Ullersberger nichts, wenn er den alten sehr tüchtigen Betriebsdirektor ins Treffen führt, der auf seine Anfrage schrieb, daß er die von den Ärzten vorgenommenen Prüfungen nahezu für wertlos erachtete, weil sechs Kandidaten, deren Farbensinn in Frage gestellt wurde, nachdem sie ungleiche Farbenbündel zusammenlegten, doch rot und grün an den Signalmasten bei Nacht mit Leichtigkeit auf 300 m erkannten. Dem alten, sehr tüchtigen Betriebsdirektor können wir ein solches Urteil nicht übel nehmen. Aber Herr Ullersberger, der doch wahrscheinlich technischer Beirat des „alten sehr tüchtigen Betriebsdirektors" war, der gar nicht nötig hatte, die Frage der Farbenblindheit zu studieren, hätte ihm unter Umständen sehr wichtige Aufklärungen geben können. Die Naivität ist dieselbe, ob geprüft wird: Welche Farbe hat das Löschpapier? oder ob „der alte sehr tüchtige Betriebsdirektor" findet, daß die Signale richtig erkannt werden.

M. H.! Etwas Gutes hat der Vortrag des Herrn Ullersberger doch gehabt oder vielmehr ich hoffe, daß er indirekt es dadurch haben wird, daß wir bei den Prüfungen in Zukunft noch mehr auf den schwachen Farbensinn achten werden. Ich schlage vor, den Gang der Prüfung folgendermaßen einzurichten, wie ich seit vielen Jahren tue:

Florcontrast-Prüfung mit Cohns Täfelchen zur Prüfung feinen Farbensinns.

Ist der Ausfall positiv, so schließe hiermit die Prüfung und zwar ist mit absoluter Sicherheit völlig normale Farbenempfindung festgestellt.

Ist der Ausfall negativ, so kann vorliegen:

1. Rotgrünblindheit,
2. schwacher Farbensinn

und man geht über zu Holmgren, Stilling und Nagelscher Punktprobe zur Entscheidung dieser Frage.

Bei dem Ergebnis schwacher Farbensinn ist eventuell eine praktische Prüfung zu befürworten. Derselbe ist nicht prinzipiell vom Fahrdienst auszuschließen.

Schließlich noch ein Wort über Wiederholungs-Prüfungen.

Professor Uhthoff schreibt mir dazu: Ich halte eine Nachprüfung wie vorgeschrieben, für notwendig, da gerade Störungen des Farbensinns zuerst den Beginn eines Sehnervenleidens verraten können. — und ich glaube, daß wir unsere Zustimmung dazu ausdrücken können.

Sind Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen?*)

Von

Dr. Max Edel-Charlottenburg.

Die Frage, ob Ärzte als Inhaber von Privatkrankenanstalten verpflichtet sind, ihre Firma in das Handelsregister eintragen zu lassen, hat zur Zeit eine aktuelle Bedeutung gewonnen. Es mag dies manchem von Ihnen befremdlich erscheinen, welcher diesem Gegenstand noch keine Beachtung zu schenken brauchte und dessen eingedenk ist, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes eine freie Kunst, eine Ars liberalis ist.

An unsere und die Kahlbaumsche Anstalt in Görlitz ist in den letzten Jahren die gerichtliche Aufforderung zur Eintragung in das Handelsregister ergangen. Dasselbe werden voraussichtlich in nächster Zeit weitere Privatkrankenanstalten erfahren. Wie ich höre, ist auch bereits gegen eine andere größere Irrenanstalt ein derartiger Antrag gestellt worden. Obwohl der in unserem Prozesse ergangene Kammergerichtsbeschluß kurz in politischen und Fachzeitungen mitgeteilt wurde, glaube ich doch, daß ein näheres Eingehen auf die aufgeworfene Frage von ärztlicher Seite hier interessieren dürfte.

Wenn ich das Thema daher in diesem Verein zur Sprache bringe, so geschieht es nicht sowohl, weil Privatirrenanstalten soviel ich weiß zunächst in Betracht gezogen wurden, als vielmehr um die diesbezügliche Rechtslage zu erörtern und irrtümlichen Anschauungen der Handelskammer über ärztliche Dinge entgegenzutreten. Bei den juristischen Fragen bin ich in dankenswerter Weise von Herrn Rechtsanwalt Dr. Friedländer in Charlottenburg unterstützt worden, welcher unseren Prozeß erfolgreich durchgeführt hat.

Ich schicke voraus, daß die Gerichtsentscheidung bei der Dr. Kahlbaumschen und unserer Anstalt zu entgegengesetzten Resultaten geführt hat, indem wir von der Verpflichtung zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister freigekommen sind, während Herr Dr. Kahlbaum, wie er die Freundlichkeit hatte, uns mitzuteilen, laut Beschluß des Kammergerichts vom Mai 1902 verpflichtet worden ist, seine Anstalt ins Handelsregister eintragen zu lassen. Sich zu Kaufleuten bzw. zu Großkaufleuten zu rechnen, ist zwar nichts weniger als eine Schande, jedoch werden wir Ärzte es vorziehen, auch als Anstaltsbesitzer in rein wissenschaftlichem Ruf zu stehen.

Wie es in dem Kommentar von Fuisting, die preußischen direkten Steuern III. Band, Seite 5 heißt, sind alle Ärzte insoweit Gewerbetreibende im Sinne der Gewerbeordnung, als sie ohne Ausnahme einer gewerbepolizeilichen Approbation, und Unternehmer einer Privatkrankenanstalt in soweit, als sie einer polizeilichen Genehmigung bedürfen. Trotzdem sind die freien Berufe der Ärzte und Rechtsanwälte in Preußen sowie in den meisten deutschen Staaten niemals für einen Gewerbebetrieb gehalten worden.

Der § 4 Nr. 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. Juni 1891 spricht denn auch ausdrücklich aus, daß die Ausübung des Berufs als Arzt nicht der Gewerbesteuer unterliegt.

Demgemäß müßte man eigentlich denken, daß auch die ärztlichen Inhaber der Privatkrankenanstalten von der Gewerbesteuer frei geblieben wären. In der Ausführungsanweisung zum § 4 Nr. 7 des Gewerbesteuergesetzes (vom 4. Nov. 1895 Artikel 9 Nr. 3d Abs. 2) steht: „Inwieweit die Unterhaltung von Heilanstalten (Privat-, Kranken- und Irrenanstalten, Sanatorien und dergleichen), auch wenn sie mit der Ausführung des ärztlichen Berufes verbunden ist, als steuerpflichtiger Gewerbebetrieb anzusehen ist, ist nach den tatsächlichen Umständen des einzelnen Falles zu beurteilen.“ Daraufhin wurden die ärztlich geleiteten Anstalten auf Grund der Entscheidungen des königlichen Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen (siehe diese Bd. III S. 250 ff.) nur unter besonderen, von den Ärzten nachzuweisenden Umständen, welche das Überwiegen von Erwerbszwecken ausschlossen, nicht als gewerbliche Unternehmen betrachtet und in der Regel für steuerpflichtig erklärt. Erst in den letzten Jahren, nachdem wir anderthalb Jahrzehnt die Gewerbesteuer entrichtet haben, sind nun wohl schon die meisten ärztlich geleiteten Anstalten von der Gewerbesteuer befreit worden. Die betreffende Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts (Peters und Heinsius Entscheidung des VI Senats I Kammer vom 5. 5. 1898 S. 418 ff.) machte geltend, daß der Betrieb einer Privatkranken-, Irren-, Idioten- oder Heilanstalt, oder einer Klinik nicht der Gewerbesteuer unterliegt, wenn er von einem approbierten Arzte lediglich zum Zweck der Ausübung des ärztlichen Berufes, als Mittel für seine eigene Fortbildung, zu Lehr- oder wissenschaftlichen Zwecken unternommen wurde, nicht aber die Absicht obwaltete, aus der Unterbringung und Verpflegung der Kranken sowie aus dem ökonomischen Betriebe Gewinn zu erzielen. Von den Irrenanstalten ist als eine der ersten die des Herrn Geheimrat Laehr, Zehlendorf, von der Gewerbesteuer freigekommen mit der Begründung, daß der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufes des Leiters dient. Es wurde dabei davon ausgegangen, daß eine erfolgreiche Heilung von Geistes- und Nervenkrankheiten nur in einer Anstalt geschehen könne, deren oberste Leitung einem Spezialirrenarzt untersteht (Urteil des Königlichen Oberverwaltungsgerichts vom 3. April 1902 in Sachen des Geheimrat Laehr).

In inniger Beziehung zur Gewerbesteuerangelegenheit steht die Frage, ob ein Krankenhaus ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des Handelsgesetzbuches ist. Dieses gibt die Grundlage für die eventuelle Pflicht der Eintragung in das Handelsregister. Die in Betracht kommenden Paragraphen sind § 1 und 2 des H.-G.-B. Der § 1 desselben sagt, daß Kaufmann ist, wer ein Handelsgewerbe betreibt, und definiert dann näher, was als Handelsgewerbe gilt. Daß Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten gemäß dieses § 1 zu Kaufleuten zu machen sind, erscheint selbst dem Gerichte ausgeschlossen, denn die Anschaffung und Verabfolgung von Nahrungs- und Genußmitteln an Kranke ist lediglich ein Mittel zum Zwecke des Betriebes der Heilanstalt. Anders steht es mit dem § 2. Dieser lautet: Ein gewerbliches Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert, gilt, auch wenn die Voraussetzungen des § 1, Absatz 2 nicht vorliegen, als Handelsgewerbe im Sinne dieses Gesetzbuches, sofern die Firma des Unternehmers in das Handelsregister eingetragen worden ist. Der Unternehmer ist verpflichtet, die Eintragung nach den für die Eintragung kaufmännischer Firmen geltenden Vorschriften herbeizuführen. Dieser § 2 kann nun auch auf Ärzte als Inhaber von Krankenanstalten unter Umständen gerichtlich in Anwendung gebracht werden, wie Sie aus dem Hergang der von Dr. Kahlbaum und uns geführten Prozesse ersehen werden.

Aus Johow-Rings Jahrbuch, Entscheidungen des Kammergerichts, Band XXI, A. S. 247 ff. entnehme ich, daß das Amtsgericht durch Verfügung die beiden DDr. Kahlbaum als Inhaber ihrer Heilanstalt unter Androhung von 50 M. Geldstrafe im

*) Nach einem im Psychiatrischen Verein zu Berlin am 28. Januar 1905 gehaltenen Vortrage.

Jahre 1901 aufforderte, innerhalb von drei Wochen ihre Eintragung in das Handelsregister zu bewirken.

Die Ärzte erhoben Einspruch, und machten geltend, sie trieben kein Gewerbe und suchten unter Assistenz anderer von ihnen angestellten Ärzte Kranke zu heilen. Sie wollten zwar Gewinn erzielen, aber nur durch Ausübung des ärztlichen Berufs. Nur zum Zwecke der Behandlung gewährten sie den Kranken Aufenthalt und Unterhalt. Sie gaben zu, daß ihr Unternehmen einen Geschäftsbetrieb mit nach kaufmännischer Art geführten Büchern erfordere. Das Amtsgericht verwarf damals den Einspruch der Ärzte mit Rücksicht auf letzteres Zugeständnis und die Tatsache, daß sie damals noch Gewerbesteuer entrichteten. Auf sofortige Beschwerde der Ärzte hob das Landgericht Görlitz die Entscheidung des Amtsgerichts auf mit der Begründung, es sei nicht erwiesen, daß sie, abgesehen von der Buchführung, einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb hätten, daß insbesondere eine Aufbewahrung der eingehenden und eine Kopierung der ausgehenden Briefe stattfinde, ein Kontrollpersonal beschäftigt werde, die einzelnen Betriebszweige gesondert seien etc. Da die Tätigkeit der Ärzte eine wissenschaftliche sei, würde der Gewinn durch einen höheren als kaufmännischen Charakter erzielt. Der weiteren Beschwerde der Handelskammer gegen diesen Beschluß wurde vom Kammergericht stattgegeben. Ebenso wie in unserem Fall wurde die Sache zur anderweitigen Erörterung und Entscheidung an das Amtsgericht zurückverwiesen, indem festgestellt wurde, daß unter gewissen Umständen eine Privatkrankenanstalt wohl ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 Handelsgesetzbuches sei und daß es näherer tatsächlicher Feststellung der Anstaltsverhältnisse bedürfe, um die Frage im einzelnen Falle zu entscheiden.

In unserem Falle bestritten wir gleichfalls nach Aufforderung durch das Amtsgericht zur Eintragung unserer Firma ins Handelsregister infolge Antrages der Handelskammer vom 20. November 1902 ein gewerbliches Unternehmen zu betreiben. Die Handelskammer erwiderte u. a., wir nähmen auch unheilbare Kranke zur dauernden Detention auf und es würde auf die Beherbergung und Verpflegung der Kranken mehr Gewicht gelegt, als auf ihre ärztliche Behandlung.

Das Registergericht wies den Antrag der Handelskammer zurück, weil der Anstaltsbetrieb nur der Ausübung des ärztlichen Berufs des Leiters diene. Die Kranken würden uns nicht lediglich zur Verpflegung und Unterkunft übergeben, sondern um durch den Leiter, beziehungsweise von den von ihm ausgewählten Ärzten sachgemäß behandelt zu werden.

Auch die unheilbaren Kranken bedürften zur Erleichterung ihrer Leiden sorgsamster ärztlicher Beachtung und Fürsorge. Eine Beschwerde der Handelskammer wies das Landgericht zurück, weil es den Standpunkt vertrat, daß der § 2 des Handelsgesetzbuches auf den Arzt als Inhaber eines Sanatoriums unanwendbar sei. Dieser Auffassung trat das Kammergericht nach weiterer Beschwerde der Handelskammer auf Grund der Fassung und Entstehungsgeschichte des § 2 nicht bei.

Die Denkschrift zum neuen Handelsgesetzbuch ergebe im Gegenteil mit voller Klarheit, daß durch den § 2 die handelsrechtlichen Vorschriften auf andere als die dem Handel im engeren Sinne angehörigen Unternehmungen ausgedehnt werden sollen. Der Betrieb einer Anstalt, in der Kranken neben anderen Leistungen Wohnung und Kost gewährt wird, könne zweifellos im Sinne des § 2 H. G. B. ein gewerbliches Unternehmen darstellen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert.

Danach dürften also Sanatorien, die nicht von Ärzten betrieben werden, zweifellos unter diesen § 2 H. G. B. fallen.

Um beurteilen zu können, ob ein ärztlich geleitetes Unternehmen ein gewerbliches ist und für den Fall der Bejahung, ob es nach Art und Umfang einen kaufmännisch eingerichteten Betrieb erfordert, müßten die Verhältnisse der Anstalt festgestellt werden. Aus dem Umstand, daß die Ausübung des ärztlichen Berufes nach dem allgemeinen, auch bei der Auslegung des § 2 H. G. B. zugrunde zu legenden Sprachgebrauche kein gewerbliches Unternehmen ist, folge nur, daß auch der Anstaltsbetrieb kein solcher ist, wenn er lediglich in Ausübung des ärztlichen Berufes des Unternehmers und zum Zwecke dieser Ausübung, insbesondere zu Lehrzwecken, als Grundlage für die eigene Fortbildung oder behufs sachgemäßer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. Auch dann sei ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des H. G. B. nicht vorhanden, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergibt, oder wenn die ärztliche Behandlung der Kranken nicht ausschließlich von dem Inhaber der Anstalt, sondern mit Unterstützung anderer z. B. von ihm angestellter Ärzte besorgt wird. Dagegen liege ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 H. G. B. vor, wenn nicht die Ausübung des ärztlichen Berufes des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die dadurch erzielte Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebs bilde und wenn namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von anderen, z. B. den von ihm angestellten Ärzten, den Hausärzten der einzelnen Kranken oder angesehenen Spezialärzten ärztlich behandelt würden.

Ist also beim Anstaltsbetrieb die Beherbergung und Verpflegung der Kranken der Hauptzweck, ihre ärztliche Behandlung nur von nebensächlicher Bedeutung, oder wird sie im wesentlichen nicht durch den Anstaltsunternehmer, sondern durch andere Ärzte besorgt und leitet der Unternehmer hauptsächlich den Wirtschaftsbetrieb oder findet der Betrieb überhaupt nur in seinem Namen oder für seine Rechnung statt, ohne daß er selbst tätigen Anteil nimmt, dann wird die Anstalt als ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 des H. G. B. aufgefaßt. Die erforderliche Feststellung hat das Amtsgericht zu veranlassen.

Dieses hat die Verfügung zur Eintragung der Firma schon dann zu erlassen, wenn es von einem, sein Einschreiten rechtfertigenden Sachverhalt glaubhafte Kenntnis erhält und nicht erst dann, wenn ein solcher Sachverhalt nachgewiesen ist. Nach erlassener Verfügung wird die Veranstaltung der Ermittlungen vom rechtzeitigen Einspruch seitens der Anstaltsbesitzer abhängig gemacht.

Durch diesen Kammergerichtsbeschluß vom 9. November 1903 wurde die Sache zur anderweiten Erörterung an das Amtsgericht zurückverwiesen. Dieses beschloß am 17. Oktober 1904, den Antrag der Handelskammer erneut abzulehnen (unter Zugrundelegung der zur Entscheidung der Frage vom Kammergericht erörterten Prinzipien). Es wurde u. a. ausgeführt, daß die ärztliche Tätigkeit des Anstaltsinhabers, wie es bei den Leitern von großen, sei es öffentlichen, sei es privaten Anstalten stets der Fall ist, sich im allgemeinen nur auf die Leitung der ärztlichen Behandlung erstrecken könne. Die Besorgung des wirtschaftlichen Betriebes neben den ärztlichen Verrichtungen wäre nicht geeignet, die Tätigkeit als eine gewerbliche erscheinen zu lassen, da sie in den Verhältnissen der Anstalt begründet und auch bei öffentlichen Krankenanstalten sehr häufig vereint wäre. Die wesentlichste Voraussetzung des § 2, daß die Anstalt als ein gewerbliches Unternehmen anzusehen sei, träfe also nicht zu. Die weitere Voraussetzung des § 2, das Erfordernis eines in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetriebes liege gleichfalls nicht vor. Aus

der Notwendigkeit einer genauen Buch- und Kassenführung folge nicht, daß der Betrieb in kaufmännischer Weise eingerichtet sein muß, daß namentlich kaufmännische Buchführung und Behandlung der Korrespondenz geboten ist, denn die kaufmännischen Einrichtungen wären nicht das einzige Mittel zur Aufrechterhaltung der Ordnung eines wirtschaftlichen Betriebes, wie ja auch die sehr genaue Rechnungsführung der staatlichen und sonstigen öffentlichen Anstalten meist nicht in kaufmännischer Art eingerichtet ist.

Die Entscheidungen des Kgl. Oberverwaltungsgerichts über die Verpflichtung ärztlich geleiteter Anstalten zur Gewerbesteuer sind nach alledem von gleichen Gesichtspunkten geleitet wie die Entscheidungen des Kammergerichts über ihre Verpflichtung zur Eintragung ihrer Firmen in das Handelsregister.

Ähnlich wie bei Sanatorien mit ärztlichem Inhaber liegt der Fall übrigens bei Erziehungsanstalten und Pensionaten, in denen die Lehr- und Erziehungstätigkeit mit der Unterbringung und Verpflegung der Schüler verbunden ist. Die Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts in Staatssteuersachen Band V S. 391 und Band X, S. 397 können insofern zugunsten der Ärzte herangezogen werden, als derartige Institute für steuerfrei erklärt wurden und zwar ohne Rücksicht auf die Höhe des erzielten Gewinnes. Die erziehende Tätigkeit sei hier nämlich die Quelle des Gewinnes und bilde den Hauptzweck bei der Pensionshaltung.

In anerkennenswerter Weise sind durch die vorhergehenden Beschlüsse irrtümliche Ansichten der Handelskammer richtig gestellt worden. So die wiederholt ausgedrückte Anschauung, daß unheilbare Geisteskranke wenig oder gar keiner ärztlichen Behandlung bedürften.

Mit derselben Berechtigung könnte die Handelskammer behaupten, daß auch unheilbare Lungen- oder Krebskranke keiner ärztlichen Behandlung bedürfen. Ich führe ferner die Ansicht der Handelskammer an, daß auf die Beherbergung und Verpflegung der den Angehörigen zweifellos lästigen Gemütskranken, wie die Handelskammer sagt, mehr Gewicht gelegt werde, als auf ihre ärztliche Behandlung, ferner daß unheilbare Geisteskranke zur dauernden Detention aufgenommen und wenig zahlende Patienten zu Dienstleistungen herangezogen würden und dadurch einen Teil des Personals ersetzten.

Die Haltlosigkeit dieser und anderer Behauptungen brauche ich in diesem Kreis nicht auseinanderzusetzen.

Über die wesentliche Rolle, welche der ärztlichen Tätigkeit des Inhabers oder der Inhaber einer solchen Anstalt zukommt, scheint die Handelskammer insbesondere schlecht unterrichtet zu sein. Z. B. scheint ihr entgangen zu sein, daß die psychische Einwirkung des Direktors auf die Patienten sehr ins Gewicht fällt, daß überhaupt die ärztliche Oberleitung in seiner Hand ist, daß er tägliche Krankenbesuche auf einer oder der anderen Abteilung macht, täglich Konferenzen mit Ärzten und Oberpersonal abhält und von sämtlichen Krankheitszuständen informiert sein muß, um Behörden und Angehörigen jederzeit Auskunft geben zu können, daß die gutachtliche Tätigkeit einen breiten Raum einnimmt, daß die Anordnungen über Verlegungen von Patienten und Pflegepersonal wichtige ärztliche Maßnahmen sind, die dem dirigierenden Anstaltsarzt in der Regel vorbehalten bleiben, u. a.

Diese wesentliche Rolle der ärztlichen Tätigkeit des Anstaltsinhabers bleibt bestehen, auch wenn gleichzeitig in seiner Hand die wirtschaftliche Leitung des Betriebes liegt. Das möchte die Handelskammer zwar nicht anerkennen, aber doch ist die Vereinigung der ärztlichen und wirtschaftlichen Tätigkeit des Anstaltsleiters heutzutage ein anerkannt richtiges Prinzip und zwar im Interesse der Kranken. Es wird auch in öffentlichen Anstalten Deutschlands befolgt und als Fortschritt gegenüber anderen Staaten angesehen, welche dieses Prinzip noch nicht befolgen. Schon die wichtige Krankendiät wird bei dieser Methode am besten durchgeführt. Was würden z. B. die ärztlichen Inhaber von Anstalten für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, um gar nicht von Irrenanstalten zu reden, dazu sagen, wenn ihre Tätigkeit in der Bestimmung und Überwachung der Krankendiät weniger als eine ärztliche Funktion als eine zur Verpflegung der Kranken gehörige von der Handelskammer angesehen würde. Unsere Geisteskranken aber und wir bekommen erfahrungsgemäß fast nur schwere Fälle in die Anstalten, die in den Familien nicht mehr gehalten werden können, sind eben nur in Anstalten ärztlich zu behandeln und müssen daher auch dort wohnen und verpflegt werden. Die Verpflegung der Kranken an sich ist oft genug mit Schwierigkeiten verknüpft, welche ärztliche Maßnahmen, z. B. Sondenfütterung erfordern. Sie bildet einen wichtigen Faktor zur Heilung der Kranken durch Hebung ihres Ernährungszustandes, und läßt sich daher schwerlich von der ärztlichen Tätigkeit trennen. Dasselbe gilt von der Gewährung des Aufenthaltes in einem Krankenhaus im allgemeinen, da der Kranke dort therapeutische Einrichtungen aller Art vorfindet, welche er in der Häuslichkeit nicht haben kann.

In der Entscheidung des Kgl. Oberverwaltungsgerichts vom 5. 5. 98, (VI. Senat I. Kammer, Peters und Heinsius S. 418 ff.), welche sich auf die Befreiung des ärztlichen Besitzers einer Augenklinik von der Gewerbesteuer bezieht, ist dies auch zugestanden worden.[1]) Demnach werden meines Erachtens kaum ärztlich geleitete Anstalten bestehen, bei denen die Voraussetzungen des § 2 des Handelsgesetzbuches tatsächlich zutreffen, daß es sich um ein gewerbliches Unternehmen handelt, welches nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb erfordert. Denn die meisten derartigen besonders eingerichteten Anstalten bezwecken nur die wenn auch mit Gewinn verbundene sachgemäße ärztliche Behandlung, Verpflegung und Wartung der Kranken, ohne die Absicht zu verfolgen, lediglich aus der Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt derselben Gewinn zu erzielen, und ohne daß die Notwendigkeit der kaufmännischen Einrichtung des Betriebes vorliegt.[2])

Im Interesse des ärztlichen Standes wäre es wünschenswert, daß die Handelskammer in Zukunft von der Eintragung unserer ärztlich geleiteten Anstalten in das Handelsregister Abstand nimmt, um sie nicht durch juristische Auslegungen auf eine Stufe mit gewerblichen Unternehmungen zu stellen. Jedenfalls aber sollte sie vor Stellung derartiger Anträge ärztliche Sachverständige zu Rate ziehen, damit Behauptungen vermieden werden, welche einer Kritik durch Ärzte und Richter nicht standhalten können.

---

[1]) Dort heißt es: „Die Entwicklung, welche zahlreiche spezielle Fächer z. B. Chirurgie, Geburtshilfe, Augen- und Ohrenheilkunde genommen hat, macht es, wie der Beschwerdeführer zutreffend ausgeführt hat, geradezu notwendig oder im Interesse der Kranken wenigstens in hohem Grade wünschenswert, daß ihre ärztliche Behandlung in besonders dazu geeigneten und eingerichteten Räumen erfolgt, in denen ausreichend für Luft und Licht gesorgt ist und dem Arzte die für die Untersuchungen und Operationen erforderlichen Instrumente und sonstigen Gegenstände zur Verfügung stehen. Die Art des Leidens vieler Kranken erfordert die ärztliche Beobachtung und Behandlung in derartigen Räumen bei ausgewählter Verpflegung und Wartung oft für längere Zeit".

[2]) Dieselbe Ansicht hat auch Herr Medizinalrat Dr. Leppmann, wie ich von ihm erfahre, in einem Gutachten vertreten, welches in der Handelskammersache einer anderen Anstalt von ihm eingefordert war.

Referate.

Innere Medizin.

Zwei interessante Obduktionsergebnisse. Latente Pneumonie.

Von Schlantmann.
(Zeitschr. f. Medicinalbeamte 1904 Nr. 13.)

Über den Zusammenhang von Unfall und Tod teilt Schl. zwei überraschende, wichtige Obduktionsergebnisse mit. Das eine betrifft einen 52 jährigen Zimmermann, Gewohnheitstrinker, der bei der Heimkehr von der Arbeit zwischen zwei Wirtshäusern zusammenbrach und bald darauf zu Hause verstarb. Nach einer, übrigens nicht bestätigten Aussage der Familie hatte er 4 Tage zuvor einen Stoß gegen die linke Brust beim Balkentragen erhalten; seitdem spürte er Schmerzen daselbst und ließ sich ärztlich behandeln, unterbrach aber nicht die Arbeit. Unfall und Tod sollten zusammenhängen. Schl. gibt die wesentlichen Punkte der im Auftrag der Berufsgenossenschaft gemachten Obduktion wieder und führt dann aus: „Hiernach war es klar, daß der Obduzierte nicht an einer Verletzung, von der auch gar keine Spur gefunden wurde, gestorben war, sondern an einer linksseitigen Lungenentzündung, die im Leben keine dem Kranken auffallenden Symptome gezeigt hatte, abgesehen von Schmerzen in der linken Brustseite, die jedoch von ihm auf einen Unfall (Stoß) zurückgeführt wurden.“ Verf. weist auf die Bedeutung solcher Befunde für plötzliche Todesfälle hin und erinnert an den analogen von Berg in derselben Zeitschrift (1902 Nr. 19) veröffentlichten Fall und die dort zitierte Literatur. — Das zweite Obduktionsresultat betrifft einen Fuhrmann, der tot mitten unter seinem schwerbeladenen, vierräderigen Kohlenwagen aufgefunden wurde und nach Aussage der einzigen Zeugin langsam von ihm herabgesunken sein sollte. Da bei der Leichenschau nur ganz minimale Hautabschürfungen festgestellt wurden, wies die Polizei in der Annahme eines „Schlages“ die Ansprüche der Gattin auf Unfallrente ab. Die auf Betreiben Schl.'s vorgenommene Obduktion ergab äußerlich nichts außer einigen braunen und roten, genau beschriebenen Stellen an Schulter und Brust: dabei fand sich Bruch des Brustbeins, der rechten und linken Rippen, blutige Flüssigkeit im Bauch, Herzbeutel und jedem Pleuraraum, Riß im Herzen, in beiden Lungen und in der Milz. „Es ist dieser Fall“ — schreibt Schl. — „wieder ein eklatanter Beweis“ dafür, daß ganz erhebliche Verletzungen der Knochen, ja auch Zerreißungen der inneren Organe vorkommen können, ohne daß die äußeren Bedeckungen entsprechend verletzt sind“ — eine Erscheinung, die man als charakteristisch für Überfahren mit dem Automobil hielt.

Ziegenhagen-Danzig.

Atheromatosis aortae bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjektionen.

Von C. v. Rzentowski.
(Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 31.)

v. Rzentowski hat die Resultate Josués (La presse méd. XI. 1892—XI. 1903) bezüglich der Aorten, Atheromatose bei Kaninchen nach intravenösen Adrenalininjektionen nachgeprüft und bestätigt sie in vorläufiger Mitteilung. Er spritzte alle zwei Tage in die Ohrvenen der Kaninchen je drei Tropfen einer sterilen Adrenalinlösung in 0,5 ccm Aqu. dest. ster., bei einem Tier noch etwas mehr. Nach Injektion von 33 Tropfen in 49 Tagen fand sich in der Aorta eine bandförmige Trübung und ein eingesunkener elliptischer Fleck; nach 138 Tropfen in 91 Tagen eine Gruppe von Kalzifikationsherden, deren einige richtige Aneurysmen bildeten; in der Bauchaorta waren Trübungen der Intima sichtbar. Schon 9 Tropfen in fünf Tagen hatten stecknadelkopfgroße Flecke über einer Aortenklappe und auf der Intima des Aortenbogens zustande gebracht: 72 Tropfen in 74 Tagen dagegen einmal die Aorta gesund gelassen. Drei Tiere hatten ein hypertrophisches Herz, drei bereits am fünften Tag gestorbene nur ein dilatiertes. In einigen Fällen kam es zu Leberzirrhose, in einem zu Hyperämie der Nieren. Auf Grund seiner bisherigen, bezüglich der Technik genau beschriebenen mikroskopischen Untersuchungen kann v. Rzentowski nicht absolut beantworten, ob die gefundenen Kalzifikationen wirklich Atheromatosis darstellen. Er nimmt eher eine Calcificatio aortae localisata und nicht eine Atheromatosis aortae cum calcificatione secundaria an. Jedenfalls bringen die intravenösen Adrenalininjektionen — wahrscheinlich durch Steigerung des Blutdrucks — eigenartige Degenerationen der elastischen Fasern und eine Verminderung der Elastizität der Gefäße zustande.

Ziegenhagen-Danzig.

Über posttraumatische Meningitis.

Von Curschmann.
(Deutsche med. Wochenschr. 1904 Nr. 29.)

Den sonst meist nicht sicher entscheidbaren Zusammenhang zwischen Unfall und Hirnhautentzündung konnte Curschmann bei einer Patientin der Erbschen Klinik verfolgen. Durch einen Sturz auf den Hinterkopf und Rücken zog sich eine Frau eine Commotio cerebri (Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Kopfschmerz) bzw. Medullae spinalis zu; Zeichen eines Schädelbruchs bot sie nicht dar. Zwei Tage nach dem Fall gesellte sich eine typische Influenza hinzu. In den nächsten acht Tagen entwickelte sich nun eine richtige — vornehmlich spirale — Meningitis; es kam zu besonderer Heftigkeit des Kopfschmerzes, zu Nackenschmerz, Steifigkeit und Schmerz im Rücken, Schwäche und Hyperalgesie der Beine, Ischialgie, deutlichem Kernigschem Symptom, Dermographie und Pulsverlangsamung. Die am zehnten Tage nach dem Einsetzen der Influenza vorgenommene Lumbalpunktion ergab einen klaren Liquor mit deutlicher Leukozytose und stäbchenförmigen Entzündungserregern, die als Influenzabazillen angesprochen werden müssen. Curschmann ist der Ansicht, daß die Influenza eine hämatogene Infektion an den Hirn- und Rückenmarkshäuten dort zustande gebracht, wo durch den Unfall ein Locus minoris resistentiae geschaffen war. Er führt eine Reihe analoger Fälle aus der Literatur an, in denen der Zusammenhang zwischen Trauma und tuberkulöser, bzw. Influenza-Meningitis nur ebenfalls auf metastatischem Wege durch andere Eitererreger entstandene Meningitiden dargelegt, einmal auch experimentell erörtert wird. Die von Curschmann beobachtete traumatische Influenzameningitis hat mit den bisher veröffentlichten die lange Dauer der Rekonvaleszenz gemeinsam, unterscheidet sich aber durch die heftigen sensiblen Reizerscheinungen ohne schwerere Erkrankung der Wurzeln und peripheren Nerven. Als richtig für die Diagnose hat sich die mindestens symptomatisch sehr wirksame Lumbalpunktion erwiesen. Curschmann gibt ein ausführliches Literaturverzeichnis.

Ziegenhagen-Danzig.

Traumatische Invagination.

Von Schnitzler.
(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 27. Eigener Bericht derselben aus den Wiener medizin. Gesellschaften.)

In der Wiener k. k. Gesellschaft der Ärzte hat Schn. von einem Knaben berichtet, der durch Hufschlag gegen den Bauch eine Darminvagination bekam. Er hat ihn 6 Stunden nach dem Unfall erfolgreich operiert. Die Bauchkontusion hat einen zirkumskripten Darmspasmus (Nothnagels Versuche) zustande gebracht, dem nach Schn.'s Erfahrung eine Darmlähmung zu folgen pflegt. Dadurch, zumal bei der Disposition des kindlichen Darms dafür, sei es zur Invagination gekommen. In der Dis-

kussion wünscht sich Exner unter Hinweis auf seine Versuche an Kaninchen für das Wort „Spasmus" den Ausdruck „Koordinationsstörung der Kontraktionen von Längs- und Ringmuskelschichten". Frank meint, die Invagination bei Schn's Fall habe ähnliche Ursache wie die häufigen agonalen Invaginationen bei traumatischem Tod. Ziegenhagen-Danzig.

Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis.

Von Rinne.

(Nach dem Referat von Richard Wolff-Berlin im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 40.)

Rinne stellte in der 141. Sitzung der freien Vereinigung der Chirurgen Berlins einen durch Laparatomie geheilten jungen Mann vor, bei dem ein Trauma (Bauchquetschung durch Überfahren) eine Appendicitis seltenerweise wirklich hervorrief und nicht bloß wie sonst in der Regel für einen Anfall bei schon zuvor krankem Wurmfortsatz oder für das Platzen eines Abszesses die Gelegenheitsursache war. Die traumatische lokale Peritonitis mit Bluterguß im Bauch führte mit zunehmender Organisation des fibrinösen Exsudats zur Einschnürung, Sekretstauung und Entzündung des Processus vermiformis und verursachte so nach sieben Wochen einen Appendicitisanfall.

Ziegenhagen-Danzig.

Traumatische chronische Appendicitis.

Von Sonnenburg.

(Nach dem Referat von Richard Wolff-Berlin im Zentralblatt für Chirurgie 1904 Nr. 40.)

Sonnenburg stellte in derselben Sitzung einen Mann vor, bei dem rechtsseitige Bauchquetschung und Darmbeinschaufelfraktur ein durch Schmerzhaftigkeit des Mc Burneyschen Punktes und Fixation der Darmschlingen um den Wurmfortsatz als chronische Appendicitis charakterisiertes Leiden verursacht hatte. Ziegenhagen-Danzig.

Neurologie und Psychiatrie.

Beitrag zur Frage der geistigen Gemeinschaft. Eine Erwiderung.

Von Karrer und Bernhart.

(Vereinsblatt der pfälzischen Ärzte 1904. H. 2—1.)

Der § 1569 des B. G. B. bestimmt u. a., daß die Geisteskrankheit erst dann einen Ehescheidungsgrund abgibt, wenn sie einen solchen Grad erreicht hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist. Über den Begriff geistige Gemeinschaft werden sowohl Juristen als auch Psychiater sehr oft verschiedener Meinung sein. Ein Urteil des Oberlandesgerichts Köln besagt, daß die geistige Gemeinschaft erst dann aufgehoben ist, wenn der kranke Ehegatte derart umnachtet ist, daß er die Scheidung nicht mehr empfindet und wenn seine Empfindung für das eheliche Band ebenso erstorben ist, wie wenn er auch leiblich tot wäre. Auch hervorragende Rechtslehrer wie Unger und Plank verlangen, daß eine Art geistiger Tod eingetreten und dem kranken Ehegatten das Bewußtsein des ehelichen Bandes abhanden gekommen ist. Diese Auffassung der geistigen Gemeinschaft wird unzweifelhaft von dem gesunden Ehegatten häufig sehr hart empfunden. Auf der Versammlung Deutscher Irrenärzte 1900 einigte man sich nach dem Referat der Prof. (iur.) Lenel dahin, daß die geistige Gemeinschaft in dem übereinstimmenden Bewußtsein gemeinsamer Interessen und in dem übereinstimmenden Willen beruhe, diese Interessen zu fördern. Die geistige Gemeinschaft zwischen Ehegatten ist somit, wie Leppmann weiter ausführt, dann aufgehoben, wenn dem betreffenden Ehegatten sowohl das Bewußtsein gemeinsamer Interessen wie auch die Fähigkeit und der Wille fehlt, diese zu fördern. Dieser sozusagen milderen Auffassung des § 1569 schließt sich Karrer an und berichtet zum Beweis dafür, daß eine solche auch von Juristen vertreten wird, über vier Entscheidungen der Oberlandesgerichte Hamburg, Kassel, Dresden, Königsberg. In dem von ihm begutachteten Fall handelt es sich um einen Pceranoiker, der bereits seit acht Jahren krank und dessen geistige Schwäche bereits erheblich ist. Wenn er auch recht wohl weiß, daß er die Ehe mit seiner Frau geschlossen hat, wenn er diese auch bei den verschiedenen Besuchen erkennt, so behauptet er andererseits, daß er sie bei sich in der Tasche trage, daß er sie schon lange in den Himmel versetzt habe und daß seine Ehe schon längst geschieden sei. Ein gelegentlicher Besuch seiner Frau mit ihrem „zukünftigen Gatten" bringt ihn in keinerlei Affekt. Karrer gibt demgemäß sein Gutachten dahin ab, daß eine Verständigung der Ehegatten über die gemeinsamen Interessen nicht mehr möglich und daß auch jede Aussicht auf eine Wiederherstellung der geistigen Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

In der Erwiderung erhebt Direktor Bernhart dagegen Einspruch, daß ohne seine Genehmigung über ein von ihm erstattetes Gutachten und einen Kranken seiner Anstalt in der Presse Mitteilungen gemacht werden. Über den Grad der Geisteskrankheit des Begutachteten sei er anderer Ansicht. Der Kranke sei bei dem Besuche seiner Frau mit ihrem Liebhaber keineswegs „verständnislos" gewesen, wenn er sich auch begreiflicherweise nicht besonders für das Wohl seiner Gattin interessierte. Zum Schluß wird noch hervorgehoben, daß gerade die Ehefrau, wie der Umgang mit dem Liebhaber es beweise, des Interesses für die gemeinsamen Interessen ermangele. — Der Lebenswandel der Frau dürfte freilich für die Beurteilung der Schwere der Geisteskrankheit bei dem Manne wenig in Betracht kommen. Hoppe-Uchtspringe.

Zur Frage der Zeugnisfähigkeit geistig abnormer Personen.

Von A. Hoche.

Mit einigen Bemerkungen dazu von A. Finger.

(Juristisch-psychiatrische Grundfragen. Erster Band Heft 8. 1904. M. 0 80.)

Ein sehr lehrreicher Beitrag zur Lehre von der Psychologie oder richtiger gesagt Psychopathologie, der Zeugenaussagen.

Die blödsinnige Insassin einer Pflegeanstalt war geschwängert; als Schwängerer bezeichnete sie einen kurz vorher entlassenen Hausburschen. Ein von ihr als Zeuge angegebener Epileptiker, ebenfalls Insasse der Pflegeanstalt, gab nach längerem Hin- und Herreden schließlich zu, es gesehen zu haben. Der Epileptiker wurde bei der Schwurgerichtsverhandlung entgegen dem Antrage des Verteidigers und in Übereinstimmung mit dem Gutachten eines Sachverständigen vereidigt. Verurteilung des Hausburschen zu 2 Jahren Gefängnis.

Im Alimentationsprozeß — eine Revision des Verurteilten und ein Antrag auf Wiederaufnahme waren erfolglos — wurde Hoche mit der Begutachtung des Epileptikers beauftragt. Verf. weist überzeugend nach, daß epileptischer Schwachsinn (Urteilsschwäche, nicht zum Bewußtsein kommende Gedächtnisschwäche, Erinnerungstäuschungen) vorliegt, und daß krankhaft fälschende Momente hinsichtlich der auf die letzte Zeit sich beziehenden Zeugenaussagen nicht eingeschlossen werden könnten.

Er beanstandet die Fassung des § 561 St.-P.-O. und befürwortet deren Änderung in der von Aschaffenburg vorgeschlagenen Weise. In einem Nachwort schließt sich der bekannte Hallenser Strafrechtslehrer Hoches Ausführungen an, erblickt aber den Grund der vielleicht ungerechten Verurteilung nicht in der unzweckmäßigen Formulierung des genannten Paragraphen, sondern in der nicht genügend scharf durchgeführten Beweisaufnahme. Ob allerdings F. mit seiner Annahme recht hat, daß

die prozessual auch nach dem Hocheschen Gutachten zulässige Vereidigung ein geeignetes Mittel scheint, leichter eine echte Aussage zu erlangen, möchte ich bezweifeln; es kamen ja doch dem Zeugen die Gedächtnisstörungen nicht zum Bewußtsein.

Über den weiteren Ausgang des Prozesses erfahren wir leider nichts. Ernst Schultze.

Vergleichende Psychiatrie.

Von E. Kräpelin.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1904 Juli.)

Nach einer Untersuchung des Krankenmaterials der Irrenanstalt Bürtenzorg auf Java bestreitet K. das Vorkommen gänzlich neuer uns unbekannter Formen des Irreseins bei den Eingeborenen Javas; andererseits zeigen die uns bekannten Krankheitsbilder dort Abweichungen, die auf Rasseneigentümlichkeiten der Erkrankten zurückgeführt werden dürften.

Von besonderem Interesse ist K.'s Mitteilung über Amok, welches keine einheitliche Krankheitsform ist, sondern eine gemeinsame Bezeichnung für triebartig schwere Gewalttaten bei getrübtem Bewußtsein. In einigen Fällen handelt es sich um eine beginnende Katatonie, meist aber um psychische Epilepsie. In einer letzten Gruppe ließen sich trotz sonstiger Übereinstimmung anderweitiger epileptische Krankheitserscheinungen nicht nachweisen. K. läßt es unentschieden, ob es sich dabei um eigenartige Erkrankungen handelt; er denkt an die Möglichkeit larvierter Epilepsie. Ernst Schultze.

Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen nebst einer Zusammenstellung bestehender und vorgeschlagener Gesetze des Auslands und des Inlands.

Von Fr. Schäfer.

(Juristisch-psychiatrische Grundfragen. Bd. I Heft 5—7. 106 S. M. 3.)

Verfasser stellt den Trunksüchtigen auf eine Stufe mit den hilfsbedürftigen Geisteskranken, und daraus erklären sich die von ihm gemachten Vorschläge. Auch er betont, um nur einige wichtigere Punkte hervorzuheben, scharf, daß die Entmündigung an sich mit der Anstaltsunterbringung nichts zu tun hat und daß auch der Staatsanwaltschaft das Recht zustehen sollte, die Entmündigung wegen Trunksucht zu beantragen. Bei jeder Anklage wegen öffentlicher Trunkenheit muß der Richter feststellen, ob der Angeklagte nicht Gewohnheitstrinker ist; bei Straftaten, die mit Trunkenheit in Verbindung stehen, soll sorgfältiger als bisher die Frage nach dem Vorliegen von Trunksucht erörtert werden. Er spricht sich für kombinierte Heil- und Pflegeanstalten, sowie die Errichtung von öffentlichen und Privatanstalten aus. Die öffentlichen Anstalten nehmen das Gros der nicht selbstzahlenden und aller unfreiwillig eingewiesenen Alkoholkranken, die Privatanstalten dagegen die zahlungsfähigen Patienten auf, soweit sie freiwillig eintreten. Für die Kosten haben in den kleineren deutschen Staaten die Staatsbehörden, in Preußen die Provinzen aufzukommen. Er widerspricht vom ärztlichen und rechtlichen Standpunkt aus der Auffassung, daß eine Ehescheidung mit Trunksucht begründet wird.

Der zweite und größere Teil der Arbeit besteht aus einer Zusammenstellung der einschlägigen in- und ausländischen Gesetze, für deren Sammlung wir Verf. um so dankbarer sein werden, als er sie mit kurzen kritischen Bemerkungen versieht. Es ergibt sich aus ihr, daß in recht vielen Staaten noch sehr viel geschehen muß.

Daß das auch für uns zutrifft, weiß heute jeder. Bei der Lösung dieser Aufgaben wird zweifellos die vorliegende Arbeit mit ihren kurzen und sachlichen Ausführungen auf Beachtung Anspruch erheben können. Ernst Schultze.

A Suggestion on the Criminal Responsibility of Homicidal and Dangerous Lunatics.

(B. Fred J. Smith British Medic. Journal. September 1904. S. 749.)

Verfasser spricht in seinem Vortrage, der in der Sektion für gerichtliche Medizin bei der Versammlung der Brit. Medic. Association in Oxford im Juli vergangenen Jahres gehalten wurde, weniger über die Verantwortlichkeit der Geisteskranken der genannten Art, als über ihre Behandlung. Er geht aus von der Betrachtung, daß unsere moderne Todesstrafe in der Art ihrer Ausführung grausam und unmenschlich ist. Die Grausamkeit besteht weniger in der Todesart als in dem Umstand, daß der Verurteilte weiß, wann die Todesstrafe vollzogen werden soll und daß er die letzten Vorbereitungen mit ansehen muß. Diesen Übelständen läßt sich abhelfen durch Einrichtung der Todeskammer, einer Einrichtung, wie sie jetzt schon an manchen Orten zur schnellen und schmerzlosen Tötung von Tieren angewandt wird. Für Menschen soll diese Kammer ein Zimmer darstellen, in welchem der Verurteilte seinen gewöhnlichen Aufenthalt nimmt. In dieses Zimmer wird nachts während des Schlafes des Delinquenten Kohlenoxydgas und Kohlensäure eingeleitet und dadurch der Verbrecher schmerzlos getötet. In derselben Art und Weise will der Vortragende auch gemeingefährliche Geisteskranke und geisteskranke Mörder beseitigt haben. Es soll hier der Tod nicht als Strafe angesehen werden, sondern nur als die einzige Möglichkeit, in der sich die menschliche Gesellschaft vor solchen gefährlichen Individuen schützen kann. Alle gemeingefährlichen Geisteskranken hält der Vortragende für unheilbar und will sie demgemäß beseitigt haben mit einziger Ausnahme der puerperalen Manien und der alkoholischen Geisteskrankheiten. An puerperaler Manie leidende Frauen sollen einer doppelseitigen Ovarieectomie unterzogen werden, um mit Sicherheit eine neue Schwangerschaft zu verhindern. Kranke, die an Alkoholismus leiden, sollen nach Heilung ihres Leidens aus der Anstalt entlassen werden mit der Verpflichtung, nie wieder Alkohol zu genießen. Bei Übertretung dieser Verpflichtung sollen sie sofort wieder interniert werden und bei schwerer Verfehlung als unheilbar angesehen und demgemäß behandelt werden. Die ultraradikalen Anschauungen und Schlußfolgerungen des Vortragenden fanden in der sich anschließenden Diskussion wenig Beifall.

J. Meyer-Lübeck.

Über das Gansersche Symptom.

Von R. Henneberg.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 61. H. 5.)

Verf. unterscheidet zwischen Ganserschem Symptom und G.schem Symptomenkomplex. Das G.sche Symptom, auf welches Moeli schon 1888 hindeutete, das Vorbeireden besteht darin, daß auf einfache Fragen (z. B. nach der Zahl der Finger) falsche Antworten gegeben werden, die aber eine gewisse nahe Beziehung zur richtigen Antwort erkennen lassen. Der G.sche Symptomenkomplex oder Dämmerzustand setzt sich zusammen aus einer Bewußtseinsstörung, dem Vorbeireden und gewissen körperlichen Erscheinungen. Er bildet fast ausschließlich eine Form der hysterischen Geistesstörung. H. teilt 25 Fälle aus der Charité mit, bei denen das G.sche Symptom, das Vorbeireden, beobachtet wurde, hauptsächlich bei hysterischen und hypochondrischen Unfallkranken unmittelbar im Anschluß an hysterische Anfälle. Aus dem G.schen Symptom allein schließt H. noch nicht auf das Bestehen eines Dämmerzustandes, auch mißt er dem G.schen Symptom keine wesentliche diagnostische Bedeutung bei. In kriminellen Fällen (es kommt bei diesen etwa fünfmal so oft, als bei nicht kriminellen vor) hatte es öfter bei der ersten Untersuchung einen Anhaltepunkt für die Diagnose auf Hysterie geboten, allerdings wurde eine solche auch durch anderweitige Symptome genügend nahegelegt. Zu häufiges

Fragen nach einfachen Dingen ist jedoch in kriminellen Fällen nicht empfehlenswert, da die betreffenden Personen dadurch zur Simulation verleitet werden können und bisweilen eine schädliche Suggestion ausgeübt wird. Hoppe-Uchtspringe.

Gleichzeitiges Auftreten einer geistigen Erkrankung bei drei Geschwistern.

Von F. Sklarek und C. F. van Vleuten.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 61. H. 5.)

Von drei Geschwistern war der älteste Bruder offenbar schon längere Zeit krank. Er hatte lebhafte Sinnestäuschungen hörte Stimmen, die er auf eine bestimmte Person bezog, glaubte, daß fast jede Nacht in seine Wohnung eingebrochen werde usw. Den Geschwistern teilte er fast täglich seine Beobachtungen über die nächtlichen Einbrüche mit. Diese gerieten dadurch allmählich in große Furcht vor Dieben, wurden mißtrauisch und glaubten zuletzt auch allerlei Wahrnehmungen zu machen. Die Brüder wurden schließlich gemeingefährlich, indem sie einen harmlosen Hausbewohner, den sie für einen Einbrecher ansahen, mit dem Säbel angriffen. Nach der Aufnahme in die Anstalt (Dalldorf) blieb die Geistesstörung bei dem älteren Bruder bestehen, während sie bei dem jüngeren und der Schwester verblaßte, so daß beide nach drei Wochen unbedenklich entlassen werden konnten. Als Ursache der leichten Inflzierbarkeit ist bei den jüngeren Geschwistern ein gewisser Grad von Schwachsinn anzusehen. Hoppe-Uchtspringe.

Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. (Störungen der Reflexe.)

Von Dr. Reinhold Kutner.

(Deutsche med. Wochenschrift 1904 Nr. 29. p. 1057 ff.)

Bei der Schwierigkeit der praktisch so überaus wichtigen Differentialdiagnose zwischen pathologischem und „normalem“ Rausch ist es wünschenswert, leicht feststellbare somatische Symptome als eindeutige Kriterien zu suchen. K. hat nun bei fünf Patienten der Breslauer städtischen Irrenanstalt, die nach den ausführlich wiedergegebenen Untersuchungs- und Beobachtungsresultaten fraglos einen pathologischen Rausch hatten, neben der von Gudden zuerst mitgeteilten Trägheit der Pupillenlichtreaktion eine hochgradige Steigerung der passiven Gliederbeweglichkeit, bzw. Hypotonie und Fehlen bzw. Schwäche der (Patellar-Triceps-Achilles) Sehnenreflexe gefunden. Am nächsten Tage schwanden diese Symptome, die nach dem Verfasser bei dem „normalen“ Rausch nicht beobachtet und in der ihm zugänglichen Literatur bei dem pathologischen noch unerwähnt sind. K. glaubt sie am plausibelsten als eine Störung der Funktion der intramedullär gelegenen, sogenannten inneren Reflexbogen erklären und damit auch die Trägheit der Pupillenlichtreaktion in Einklang bringen zu können, wenn das Zentrum der letzteren in das untere Halsmark verlegt wird. Der Verfasser fordert indessen dringend eine Nachprüfung, ohne die den Symptomen eine pathognomonische Bedeutung noch nicht zugesprochen werden darf. Denn die fünf Patienten litten sicher, bzw. vermutlich an Epilepsie und bei ihrem pathologischen Rausch hängt vielleicht die Vulnerabilität der Sehnenreflexe und des Muskeltonus mit der epileptischen Degeneration zusammen. K. schließt mit einer Angabe über das Verhalten des Babinskischen Zehenreflexes bei dreien dieser Untersuchten. Im Rauschzustand fehlte er bei zweien und war deutlich negativ bei einem, wurde aber nach einer therapeutischen Hyoscingabe bei allen dreien positiv; im Normalzustand war er bei allen wieder negativ. Im Anschluß daran erörtert der Verfasser unter der Voraussetzung einer Pyramidenbahnaffektion für den Babinskischen Großzehenreflex folgendes: eventuell vermag Hyoscin eine solche vorübergehende Affektion der Pyramidenbahn hervorzurufen oder eine bereits bestehende, sonst noch nicht nachweisbare zu verstärken; event. vermag der Schlaf bei Kranken, deren Pyramidenbahnen in Mitleidenschaft gezogen sind, den Großzehenstreckreflex schon zu einer Zeit sinnfällig zu machen, wenn er beim Wachenden noch fehlt. Näheres über diese von ihm bereits geprüfte Frage wird er später veröffentlichen. Ziegenhagen-Danzig.

Alte Dementia praecox.

Von W. Weygandt.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. Oktober 1904.)

Bericht über vier Fälle, die seit mehr als 50 Jahren im Juliushospitale zu Würzburg untergebracht waren und von ärztlicher Seite gewöhnlich als Idioten bezeichnet wurden, während es sich in Wirklichkeit um eine bloße Schwäche im Gebiete der Affekte und kaum um einen Mangel jeder Spontanität bei leidlich gut erhaltenem Gedächtnis an fern zurückliegende Zeiten handelt. Einer der Kranken bot noch heute die eigenartig starre Haltung und Katalepsie.

Zutreffend hebt Verf. das Ausbleiben jeder deutlicheren Alterserscheinung auf psychischem Gebiete trotz des hohen Greisenalters hervor; auch nach der körperlichen Seite sind die Alterserscheinungen nicht sehr ausgesprochen.

Ernst Schultze.

Zur Frage der stationären Paralyse.

Von C. Wickel.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. September 1904.)

Kasuistische Mitteilung dreier Fälle von Paralyse, in denen der Krankheitsprozeß lange Zeit hindurch ($8^1/_2$, $7^1/_2$, $5^1/_2$ Jahre) vollkommen stationär geblieben war. Ernst Schultze.

Sittlichkeitsverbrechen und Geistesstörung.

Von Dr. Wickel.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, Bd. 26, Heft 1.)

W. berichtet über 2 Fälle, in denen alte Männer, die der unsittlichen Berührung von Mädchen unter 14 Jahren angeschuldigt waren, der psychiatrischen Klinik in Tübingen zur Beobachtung überwiesen waren. In beiden Fällen wurde senile Demenz festgestellt, und beidemale ergab die Anamnese, daß die Angeklagten schon zur Zeit des Delikts in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Geisteszustand waren. Der eine Fall ist dadurch besonders interessant, daß der Angeklagte bereits vor 5 Jahren wegen analoger Verfehlungen zu einjähriger Gefängnisstrafe verurteilt war. Schon damals war eine leichte Demenz festgestellt worden, und wegen Fortschreitens derselben war dem Verurteilten ein Teil der Strafzeit erlassen.

Es sind besonders Epilepsie und geistige Schwächezustände, die bei sexuellen Delikten in forensischer Beziehung eine Rolle spielen. Die Urteilsschwäche, das Wegfallen von Hemmungsvorstellungen, das krankhaft veränderte Bewußtsein sind dabei in letzter Linie die für das Zustandekommen der Delikte in Betracht kommenden krankhaften Momente. Lehfeldt.

Vergiftungen.

Some notes on the Klosowski (Chapman) Antimony Poisoning case.

By F. J. Waldo M. D. Barrister at Law.

(Brit. Medic. Journal Sept. 1904 Pg. 752)

Antimonvergiftungen werden meistenteils von Leuten ausgeführt, die entweder selbst Ärzte waren oder sich teilweise ärztliche Kenntnisse angeeignet hatten. So auch in diesem Falle. Klosowsky alias Chapman war ein 37jähriger Pole, der in seiner Jugend in Prag in einem Krankenhause als Assistent angestellt gewesen war. Er war angeklagt, ein Mädchen, welches ungefähr

ein Jahr mit ihm gelebt hatte, getötet zu haben. Das Mädchen erkrankte im Juli 1902 an Erbrechen, Durchfall und Leibschmerzen. Ihre Schwester brachte sie in Guys Hospital. Dort wurde sie unter der Diagnose Peritonitis behandelt, ohne daß ein bestimmter Grund für die Peritonitis festgestellt wurde. Von Wichtigkeit ist indessen, daß sie sich im Krankenhause nach kurzer Zeit völlig wohl befand. Am 10. Oktober 1902 rief K. einen fremden Arzt zu ihr, weil sie nach seiner Angabe an Brechen und Durchfall litt. Am 20. Oktober veranlaßte die Mutter der Verstorbenen die Zuziehung ihres Hausarztes. Beide Ärzte kamen nun zu der Überzeugung, daß es sich bei der Kranken um eine Vergiftung, wahrscheinlich um eine Ptomainvergiftung handeln müsse. Dem zweiten Arzte kamen die Symptome doch immerhin auch verdächtig genug vor für eine Vergiftung mit Arsen in wiederholten kleinen Dosen. Patientin verstarb am 22. Oktober und auf Veranlassung des Arztes und der Angehörigen wurde zuerst privatim eine Sektion vorgenommen. Die Sektion ergab pathologisch-anatomisch keinen Befund, der als Todesursache gelten konnte. Dagegen fanden sich bei der chemischen Untersuchung der Eingeweide Spuren von Arsen und sehr reichlich Antimon. Bei der daraufhin angeordneten gerichtlichen Untersuchung gelang es, aus dem Körper $7^1/_4$ g metallisches Antimon zu gewinnen, eine Menge entsprechend $20^1/_8$ g Tartar. stibiat.

Die Untersuchung ergab nun folgendes: Kl. hatte häufig die Nahrung für die Verstorbene bereitet. Am Tag vor dem Tode hatte die Mutter eine kleine Quantität des für die Kranke zubereiteten Getränkes genossen und hatte darauf auch heftiges Erbrechen und Durchfall bekommen. Ferner ließ sich nachweisen, daß Kl. einige Jahre vorher eine Unze Tartar. emetic. von einem Drogisten in Hastings gekauft hatte. Der Verkauf war in das Giftverkaufsregister eingetragen. Man untersuchte daraufhin die näheren Umstände des Todes der beiden anderen Frauen des Kl.

Die eine war vor einem Jahre gestorben und von demselben Arzte behandelt, der auch die letzte Frau behandelt hatte. Sie war unter ähnlichen Erscheinungen gestorben, als Todesursache war in dem Totenschein angegeben: Darmverschlingung, Brechen und Durchfall. Der Körper wurde exhumiert. Er zeigte sich sehr wohl erhalten und es ließen sich aus dem Körper 29,12 g Tartar. emetic. gewinnen.

Die erste Frau des Kl. war vor fünf Jahren gestorben, laut Totenschein an Schwindsucht. Die Exhumierung der Leiche zeigte einen Körper, der aussah, als ob er vor einigen Tagen beerdigt wäre. Es fand sich keine Spur von Tuberkulose, dagegen reichlich Antimon in sämtlichen Organen.

Interessant an diesem Falle ist, daß die Vergiftung der ersten beiden Frauen gelang, ohne daß weder bei Ärzten noch Angehörigen der geringste Verdacht erweckt wurde, während bei dem dritten Falle nur eine allgemeine Vermutung auf mögliche Vergiftungserscheinungen bestand, ohne daß direkt an ein Verbrechen gedacht wurde. J. Meyer-Lübeck.

Acute vergiftigung met tartras kalico-stibicus.

Von J. van Breemen.

(Nach dem Referat von Zeehuisen-Utrecht, Zentralbl. für inn. Med. 1904 Nr. 36.)
(Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde 1903. II. S. 1231.)

Etwa 5 g Tartarus emeticus verursachten bei einem dreijährigen anämischen Mädchen nach heftigem Erbrechen und Diarrhöe einen Kollaps ohne Konvulsionen. $1^1/_2$ Stunden nach Einnahme Magenspülung Kampherölinjektion, Clysmata. In 10 Stunden Euphorie ohne lokale Entzündungserscheinungen; nur noch einige Tage leichte Nephritis und etwas längere Herzbeschleunigung. Am 4. Tag Harn, Fäces antimonfrei, auch später ohne Spur des Metalles. Ziegenhagen-Danzig.

Azione del sublimato sul rene.

Von Gallerani.

(Nach dem Referat von Hager-Magdeburg. N. im Zentralbl. f. inn. Medizin 1904 Nr. 36)
(Rif. med. 1903 Nr. 51.)

G. hat Kaninchen Sublimat in die Nieren gespritzt und nach Ablauf der Reaktion am 9. oder 10. Tage im Bereich der Injektionsstelle, zumal im Epithel der gewundenen Kanälchen ohne Zeichen der Fettdegeneration Kalksalze gefunden, die den bei Quecksilber-, besonders Sublimatvergiftung gefundenen völlig gleichen. Ziegenhagen-Danzig.

A quelle dose le sublimé pris à l'intérieur est-il mortel?

Von Dauchez.

(Nach dem Referat von Rosenberger (Würzburg) im Zentralbl. f. inn. Medizin. 1904 Nr. 36.
(Méd. moderne XV. Nr. 6.)

Bei der Sublimatvergiftung hängt der Tod nicht von einer bestimmten Dosis, sondern von der Schnelligkeit der Hilfe. der Füllung des Magens, bzw. des Darms, dem Lösungsgrad und der Zersetzung ab. Ziegenhagen-Danzig.

Über einen Fall von spastischer Spinalparalyse infolge einer Bleivergiftung.

Von Dr. Karl Bechtold aus der Privatklinik des Geh. San.-Rat Dr. Bockenheimer in Frankfurt a. M.

(Münch. med. Wochenschr. 1904 Nr. 37.)

An einem 45jährigen Stubenmaler wurden die Symptome einer spastischen Spinalparalyse in ausgesprochener Weise beobachtet, als er wegen einer Bleivergiftung, deren er schon wiederholt durchgemacht hatte, zur Beobachtung kam. Die Nervenerkrankung mußte mangels jeder anderen Ätiologie der Schädigung des Nervensystems durch die Vergiftung zur Last gelegt werden. Nach fast halbjähriger Behandlung waren die Krankheitserscheinungen soweit gebessert, daß Patient die Klinik verließ, um, gegen ärztliches Gebot, sogleich wieder zu arbeiten. Der weitere Verlauf wurde nicht beobachtet. Seelhorst.

Über einen Fall akuter Chromvergiftung mit spontaner Glykosurie, geheilt durch die von R. v. Jaksch empfohlene Magenausspülung mit salpetersaurem Silber.

Von A. Lohr.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 28.)

Bei akuter Chromvergiftung empfiehlt Lohr nach vorausgeschickter energischer Wasserspülung die v. Jaksch angegebene Magenspülung mit Silbernitratlösung (0,1 %), welche Chromsäure und Chromverbindungen in unlösliches Chromsilber überführt. Nach seiner Überzeugung ist dadurch in v. Jakschs Klinik eine Patientin gerettet worden, welche mehr als die letale 8 gr-Dosis Kaliumbichromat in 70—100 gr der Füllflüssigkeit für elektrische Batterien genommen hatte. Es kam neben toxischer Nephritis zu spontaner Glykosurie vom 2.—5. Tag. die nach des Verf. Ausführungen wie bei vielen Vergiftungen so auch bei der akuten Chromvergiftung auftreten kann und vielleicht mit dem Grade der Vergiftung in gewissem Zusammenhang steht. Verf. berücksichtigt eingehend die Literatur.

Ziegenhagen-Danzig.

Einige Beobachtungen über das Veronal.

Von H. Davids.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904. No. 31.)

Auf Grund der Erfahrungen in der Gießener Augenklinik rühmt D. als Vorzüge des Veronals, daß es in der Dosis von $^1/_4$ g schon deutliche Beruhigung und darüber hinaus bis zu $^1/_2$ g stärkenden Schlaf bringt. Nur bei einer schwächlichen und bei einer alten Frau verursachte schon $^1/_4$ g Schlaf noch durch den nächsten Tag. „Schädliche Nebenwirkungen" hat es „nur in einem, dazu nicht ganz einwandfreien Falle" gebracht. Hier

verursachte 1 g fast für den ganzen nächsten Tag Schlaf. 11 Tage später abermals 1 g Schläfrigkeit bis zum Taumeln noch am nächsten Morgen, Müdigkeitsgefühl bis in den zweiten Tag, dazwischen auffallend gute Stimmung, wenn man die Patientin „mal wach hatte“, außerdem eine auf Druck weichende Röte mit Juckreiz an Brust, Unterarmen, Händen, Beinen und Füßen mit nachfolgender lamellöser Abschuppung, die am zehnten Tage begann und längere Zeit dauerte, ohne bleibende Störungen zu hinterlassen. Ziegenhagen-Danzig.

Über eigentümliche Vergiftungserscheinungen durch Petroleumdämpfe.

Von Samuel.

(Berliner klinische Wochenschrift. September 1904 S. 1017.)

S. berichtet über Vergiftungserscheinungen, welche bei Arbeitern durch Beschäftigung in Petroleumtanks oder Petroleumtankdampfern vorgekommen sind. Es handelt sich um Vergiftungen durch Petroleumgase. Besonders charakteristisch war ein Vorgang, der vier Arbeiter betraf. Dieselben berichten, daß sie bereits wenige Minuten nach Beginn der Beschäftigung im Tank Blutandrang nach dem Kopfe bemerkten, daß sich alsdann ihrer eine völlig unbegründete Heiterkeit bemächtigte; sie mußten singen und pfeifen, die Gedanken gingen ihnen durcheinander, allmählich wurde das Bewußtsein beeinträchtigt. In diesem Zustande boten sie dem Beobachter ein höchst eigentümliches Bild. Waren die Leute aus dem Tank hervorgeholt, so verschwanden die Störungen bald ohne irgendwelche nachteiligen Folgen zu hinterlassen. J. Meyer-Lübeck.

A case of acute sulfonal poisoning.

Von A. E. Kind.

(Lancet 1904. 23. Januar. Nach dem Referat von F. Reiche-Hamburg im Zentralblatt f. inn. Med. 1904 Nr 36.)

Sulfonal hatte bei einer daran gewöhnten Melancholischen in einer Dosis von 22,3 g in 12 Stunden — im Magen nicht mehr nachweisbar — Koma mit schwachem Puls, verlangsamter Respiration, Fehlen der Reflexe, träger Reaktion der mittelweiten Pupillen, Atonie von Blase und Darm und Spuren von Eiweiß in dem dauernd hellen Urin hervorgebracht. Rückkehr des Bewußtseins nach 3 Tagen, völlige Wiederherstellung durch Aspirations-Pneumonieerscheinungen bis zum 8. Tag verzögert. Ziegenhagen-Danzig.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die 77. ordentliche Sitzung des Berliner Bahnärztlichen Vereins

am Montag, den 9. Januar 1905, abends $7\frac{1}{2}$ Uhr im Roland, Potsdamerstraße 127/128.

Vorsitzender Herr Schwechten, Schriftführer Herr Ramm. Anwesend 53 Mitglieder und 5 Gäste.

1. Geschäftliches: das Protokoll der letzten Sitzung wird verlesen und angenommen.

Aufgenommen als ordentliche Mitglieder in den Verein werden die Herren

Dr. Lehmann-Koepenick,
Dr. Finkenstein-Schmargendorf,
Dr. Heinsius-Schöneberg

und, soweit sie anwesend sind, begrüßt.

Neugemeldet haben sich Herr Dr. Flister, Bahnarzt, Berlin N., Veteranenstr. 2 und Herr Dr. Erwin Kobrak, Berlin NW.

Ausgetreten ist Herr Dr. Hacke.

2. Herr Schwechten verliest ein Schreiben der Eisenbahndirektion Münster, welche in Borkum ein Genesungsheim gegründet hat. Dies gewährt für 4,50 M. täglich volle Verpflegung. Er bittet in geeigneten Fällen davon Gebrauch zu machen.
3. In der Heilstätte Stadtwald bei Melsungen ist zur Feier des Weihnachtsfestes eine Weihnachtsfestzeitung launigen Inhalts erschienen. Dieselbe wurde zur Ansicht herumgereicht.
4. Sodann teilt der Vorsitzende mit, daß die Beschlüsse der bayrischen Bahnärzte mit 37 gegen 11 Stimmen angenommen sind. Dieselben lauten:
   a) Es bestehen begründete Bedenken gegen die Einführung der freien Arztwahl nicht nur im bahnärztlichen Dienste, sondern auch bei der Eisenbahnkrankenkasse. Gegen die Einführung der freien Arztwahl bei den Familienangehörigen bestehen vom rein ärztlichen Standpunkt aus diese Bedenken nicht.
   b) Als vereidete Medizinalbeamte der Staatseisenbahnverwaltung haben die Bahnärzte die Pflicht, an der seit 1877 bestehenden und bewährten Institution der Bahnärzte festzuhalten, solange die Behörde selbst dies tut.
   c) Den Bestrebungen der Kollegen auf Einführung der freien Arztwahl überhaupt (also auch bei der Eisenbahnkrankenkasse) wollen die Bahnärzte nicht entgegentreten.
5. Der Verlag der med. Buchhandlung von Fischer in Berlin zeigt das Erscheinen eines Buches an: „Erkrankungen des Nervensystems nach Unfällen“ von Dr. Sachs und Dr. Freund.
6. Die Lokomotivführer wünschen an ihren Mützen Sturmbänder und Schutzbrillen wie die Automobilfahrer. Erstere Forderung könne man nach Ansicht der Versammlung zugestehen, wogegen letztere der bestehenden Vorschriften wegen, welche dem Lokomotivpersonal überhaupt das Tragen von Brillen, also auch von Schutzbrillen wegen der Gefahr des Beschlagens untersagen, abzulehnen sei.

II. Den Kassenbericht erstattet Herr Ramm: Die Kasse schließt mit einem Bestand von 100 M. 10 Pf. Davon sind aber noch die Extra-Beiträge für den Hygiene-Kongreß 1907 in Berlin an den Verband mit je 1 Mark pro Mitglied und Jahr abzuführen. Deshalb beantragt er Erhöhung des Jahresbeitrages von 4 auf 5 M. und hofft, daß die Kasse dann auch fernerhin das Kuvert zum Stiftungsfest bezahlen können wird. Der Antrag wird einstimmig angenommen.

III. Wahlen: Auf Antrag des Herrn Stäcker wird der gesamte Vorstand einstimmig durch Zuruf wiedergewählt: die Herren nehmen dankend an.

Der Vorsitzende begrüßt die inzwischen erschienenen Herren Ministerialdirektor Wehrmann, Geheimen Regierungsrat Rüdlin, Regierungsrat Dr. Grünberg und Regierungsassessor Dr. Micke, dankt ihnen für ihr Erscheinen an dem heutigen Festtage und gibt einen kurzen Bericht über das abgelaufene 20. Vereinsjahr. Vor 20 Jahren begann der Verein seine Tätigkeit mit 18 Mitgliedern, von denen noch 7 dem Verein angehören, davon einer als Ehrenmitglied, 3 als Vorstands- und 2 als außerordentliche und 1 als ordentliches Mitglied. Heute besteht der Verein aus 95 ordentlichen und 17 außerordentlichen Mitgliedern. Er gedenkt der beiden im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder Geh.-Rat Behr und Dr. Hoppe.

Die 3 Aufgaben des Vereins, welche von Brähmer in die Satzungen aufgenommen sind: 1. gleichmäßige Regelung des ärztlichen Dienstes bei der Eisenbahn anzustreben, 2. Förderung der Eisenbahnhygiene, 3. durch persönliche Beziehungen, in die der Verein mit den Behörden tritt, die bahnärztlichen Verhältnisse für beide Teile ersprießlich zu gestalten, beleuchtet der Vorsitzende näher, er führt aus, wie Punkt 1 in Preußen

durch den Verband, der an jedem Direktionssitz jetzt durch einen Verein vertreten ist, nahezu erfüllt ist, daß auch die Förderung der Hygiene stets Ziel unseres Vereins war, und kommt schließlich auf die Beziehungen des Vereins zu den Behörden zu sprechen, die durch die heutige Anwesenheit der beiden Herren aus dem Ministerium und der Herren von der Direktion so dankenswerten Ausdruck gefunden hat. Auch der Präsident hatte sein Erscheinen zugesagt, war aber durch Krankheit im letzten Augenblicke verhindert zu kommen.

Herr Ministerial-Direktor Wehrmann erwidert hierauf ungefähr folgendes:

Er sei der Einladung des Vereins gern gefolgt, um den Verein kennen zu lernen, der einen so großen Einfluß auf die deutschen Bahnärzte ausgeübt habe. Die Vorsitzenden des Vereins, Brähmer und Schwechten, hätten ihn in die hygienischen Bestrebungen des Vereins eingeweiht. Den Zielen, die Brähmer gesteckt habe, trete er in vollem Umfange bei. Die Vereine hätten früher im stillen gelebt, die Behörde habe erst in dem letzten Jahrzehnt die großartige Entwicklung zum Verbande, dieses Kindes des hiesigen Vereins, kennen und schätzen gelernt. Nach zwei Richtungen wirkten die Vereine segensreich

1. für die Wohlfahrtseinrichtungen,
2. für die Auswahl eines gesunden Personals.

An die Krankenkassengesetzgebung hätten sich allmählich alle die anderen großartigen Wohlfahrtseinrichtungen der Bahn angegliedert, die allgemeine Eisenbahnhygiene sei ausgebaut.

Aber auch die Gefahren und Aufgaben des Betriebes sind gewachsen, ebenso wie der Verkehr. Ein gesundes Personal müsse hierzu ausgewählt, überwacht und gesund erhalten bleiben.

Nach beiden Richtungen hin kann eine ersprießliche Lösung nur unter Mitwirkung der Bahnärzte erzielt werden. Die Tätigkeit der Bahnärzte aber werde in wirksamer Weise durch die Vereine gefördert, welche für schnelle Verbreitung aller Neuerungen und für eine richtige und gleichmäßige Auffassung aller erforderlichen Anordnungen sorgten. Die Vereine seien so ein wesentliches Hilfsmittel für die Verwaltung und eine zuverlässige Stütze derselben geworden. Deshalb unterstütze die Behörde auch die Vereinstätigkeit in dem hochansehnlichen Bahnarztstande. Die Vereine hätten sich auch darin bewährt, daß sie die Verwaltung unterstützt hätten, als in neuerer Zeit deren ärztliche Einrichtungen von außerhalb stehenden Kreisen angegriffen worden seien. Diese Einrichtungen seien darauf berechnet, der Verwaltung in ärztlicher Hinsicht den Ruf von Sachverständigen zu sichern, die genau mit den Verhältnissen der Eisenbahn vertraut seien. Die Verwaltung sehe darin ein unerläßliches Erfordernis für die Sicherheit des Betriebes und könne wegen der hohen Verantwortung, die sie deshalb trage, auf eine wesentliche Änderung dieser Einrichtungen nicht eingehen. Die Bahnarztvereine hätten diese Stellungnahme der Verwaltung anerkannt und nachdrücklich verteidigt und die Verwaltung erkenne dies dankbar an. Er freue sich, daß ihm Gelegenheit gegeben, dies hier auszusprechen. Er wünsche, daß die Bahnärztevereine weiter mit der Verwaltung segensreich zusammenwirkten und daß der Berliner Verein an der Spitze der anderen Vereine weiter marschieren möge.

Herr Schwechten spricht Herrn Ministerialdirektor Wehrmann den Dank der Anwesenden aus.

V. Der Vacuum-Reinigerapparat wird sodann mit erläuternden Erklärungen des Herrn Direktors Fischer-Berlin von der Vacuum Reiniger-Gesellschaft m. b. H., Berlin W. 8 Mauer-Str. 43. II, in seiner Tätigkeit vorgeführt.

Es werden Teppiche, Kokosmatten entstäubt, d. h. der Staub wird in geschlossenen Apparaten aufgesogen, ohne daß die Umgebung belästigt wird.

Herr Schwechten dankt dem Vortragenden für seine Erklärungen und die Vorführung des Verfahrens unter lebhaftem Beifall der Versammlung.

Schluß der Sitzung 9 Uhr 15 Min.

Es schließt sich hieran zur Feier des Stiftungsfestes ein gemeinsames Abendessen, bei welchem Herr Jung die Tischrede auf den Kaiser hielt. Herr Schwechten toastete in schwungvollen Worten auf den Verein, Herr Ramm auf die Gäste, Herr Geheim. Regierungsrat Rüdlin dankte im Namen der Gäste, Herr Pahlke feierte den Vorstand.

Ein gemütlicher Bierabend, wozu die Grätzer Bierbrauerei A.-G. ein großes Quantum Bier gratis zur Verfügung gestellt hatte, und hierfür den Dank der Ärzte erntete, vereinte noch recht spät viele Teilnehmer.

i. A.: Dr. Ramm.

Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik.

Unter diesem Namen konstituierte sich am 16. Februar ein Verein, der den Zweck verfolgt, einen Sammelpunkt abzugeben für alle wissenschaftlichen Bestrebungen, die sich auf dem Gebiete der sozialen Medizin, der Epidemiologie, der Medizinal- und Bevölkerungsstatistik, des sozialen Arbeiterversicherungswesens und den Grenzgebieten zwischen Volkswirtschaft und Hygiene bewegen. Die konstituierende Versammlung, zu der ein vorbereitender Ausschuß von 29 Mitgliedern in der „Medizinischen Reform“ öffentlich eingeladen hatte, war stark besucht und trat mit der für die Neubildung einer wissenschaftlichen Gesellschaft recht stattlichen Anzahl von 83 Mitgliedern ins Leben.

Einleitend berichtete R. Lennhoff über die Ziele des neuen Vereins. Die Medizin, führte er aus, ist das Gebiet der ärztlichen Tätigkeit; ihr Ziel ist die Erhaltung, Förderung und Wiederherstellung der Gesundheit. Die letztere wieder ist die Grundlage der Volkswirtschaft. Das Gebiet, in welchem sich beide Wissenschaften berühren, und das noch in vielen Hinsichten Neuland ist, benennt man soziale Medizin. Bis heute ist keine Stelle vorhanden, wo der so notwendige Gedankenaustausch zwischen Arzt und Volkswirt stattfindet. Während ferner die (individuelle) Hygiene rein naturwissenschaftlich die Faktoren des Gesundseins erforscht, gibt es auch zahlreiche soziale Zustände, die als Krankheitsursachen resp. Krankheitsförderer in Betracht kommen, und auf welche die Forschung andere Methoden anwenden muß. Während der Volkswirt dem Arzte auf dem Gebiete der Statistik den Vorwurf der Subjektivität macht, kann dieser jenem den Mangel an medizinischen Kenntnissen entgegenhalten. Aus allen diesen Erwägungen heraus ist die Notwendigkeit des gemeinsamen Arbeitens gefolgert worden.

Bei der Beratung über den Statutenentwurf folgte eine sehr ausgedehnte und interessante Debatte über die Namengebung des Vereins. Schließlich wurde die Bezeichnung „Gesellschaft für soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik“ mit großer Majorität angenommen. Der Verein hat ein sehr reichhaltiges Programm aufgestellt: er plant Vorträge, Demonstrationen, Diskussionsabende, die Anlegung und Vermehrung einer eigenen Bibliothek, eigene wissenschaftliche Arbeiten und Enqueten u. a. m. Sitz des Vereins ist Berlin, jedoch handelt es sich nicht — wie man nach dem Wortlaut des Statutenentwurfes vermuten konnte — um einen örtlichen Verein, sondern eine über ganz Deutschland verbreitete Gesellschaft, die auch Frauen als Mitglieder aufnimmt. Bemerkenswert ist, daß Studierenden zu den wissenschaftlichen Sitzungen der Gesellschaft der Zutritt ohne weiteres gestattet ist. Zum ersten Vor-

sitzenden wurde Prof. Dr. Mayet, Kaiserl. Regierungsrat, zum stellvertretenden Vorsitzenden Geh. Ober-Med.-Rat Dr. Dietrich gewählt.

Eine lebhafte Debatte entspann sich bei Punkt 3 der Geschäftsordnung und zwar bezüglich des Vereinsorgans. Ein sozial-wissenschaftliches Forum ist durch die neue Gesellschaft für Berlin gegeben, zahlreiche Anregungen und gegenseitige Klärung bringt das lebendige Wort und die mündliche Diskussion den Zuhörern. In welcher Weise aber sollen die zahlreichen Mitarbeiter außerhalb Berlins sich betätigen? Doch lediglich durch eine ausgedehnte schriftliche Diskussion. In der Tat wäre es das größte Verdienst der neuen Gesellschaft, für die zahlreichen Vereine sozialpolitischer oder sozialwissenschaftlicher Tendenz und auf dem Gebiete der sozialen Medizin einen rein wissenschaftlichen neutralen Sprechsaal zu schaffen, während bisher jeder dieser Vereine auf seine eigene Richtung und sein eigenes Organ festgelegt ist. Vor der Hand wurde wegen der Kosten einer selbständigen Zeitschrift diese Frage offen gelassen und beschlossen, mit Hilfe der Medizinischen Reform Jahresberichte herauszugeben.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß diese Neugründung nicht nur einem Bedürfnis entspricht, sondern auch für die Volkswohlfahrt von grundlegender Bedeutung werden kann.

Eisenstadt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

von Holst, V. Dr. med. Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. Stuttgart, Ferdinand Encke 1903.

Das 67 Seiten große Werkchen des inzwischen verstorbenen Verfassers ist eine Art Testament.

Im ersten Abschnitt „Allgemeines über die eigentliche Aufgabe des praktischen Arztes“ zeigt sich ein gesunder Skeptizismus unseren therapeutischen Aufgaben gegenüber. Nicht heilen ist die Aufgabe des Arztes, sondern unsern Kranken mit Hilfe der Wissenschaft dazu verhelfen, daß die krankhaften Prozesse einen günstigen Verlauf nehmen. Die Heilung selbst besorgt die Natur, nicht der Arzt, der letztere kann nur unterstützend den natürlichen Vorgang beeinflussen, Ärzte sind naturae ministri et interpretes. Damit soll kein Gegensatz zu Arzneimitteln konstruiert werden, die Verfasser selbst gerne benützt. Um allen Mißverständnissen aus dem Wege zu gehen, spricht er sich scharf gegen den Schwindel des sogenannten „Naturheilverfahrens“ aus, wie er es schon früher getan hat. Dieses ist eine einseitige therapeutische Methode. Im weiteren Sinne haben nach seinen obigen Ausführungen alle Mittel den Zweck, eine Naturheilung herbeizuführen. Jeder, der mit einer „Methode“ kuriert, ist ein Kurpfuscher. Sehr beachtenswert ist, was Verf. über die Berücksichtigung der natürlichen Instinkte der Kranken sagt.

Der zweite Abschnitt handelt über „Heilanstalten für Nervenkranke“, ein Gebiet, auf dem Holst schon im Jahre 1880 fruchtbar tätig war. Im besonderen tritt er lebhaft dafür ein, daß auch Volksheilstätten für Nervenkranke errichtet werden.

Sehr interessant, aber zu kurzem Referat nicht geeignet, sind seine im dritten Abschnitt gemachten „Bemerkungen zur Diagnose und Therapie der Hysterie“ und der vierte „Über die Hysterie bei Gebildeten und bei Ungebildeten“. Ohne Zweifel sind diese Abschnitte für den Spezialisten ebenso lebenswert wie für den praktischen Arzt, wenn man auch nicht in allem dem Verf. beizustimmen braucht.

Im ganzen ist das Büchlein sehr lesenswert, es unterscheidet sich von vielen Veröffentlichungen vorteilhaft dadurch, daß man nicht mit endlosen Literaturangaben und kasuistischem Ballast gelangweilt wird. L. Mann-Mannheim.

Mracek, Atlas und Grundriß der Haut-Krankheiten. Lehmanns Handatlanten Band V. Zweite Auflage. Mit 77 farb. Tafeln und 50 schwarzen Abbildungen. München 1904. J. F. Lehmanns Verlag. 284 Seiten. Preis 16 Mark.

Auf keinem Gebiete der Medizin ist ein guter Atlas als Lehrmittel so unentbehrlich wie auf dem der Hautkrankheiten, auf keinem aber auch so schwer herzustellen. Der von Mracek herausgegebene hat sicher viel Anklang gefunden, sonst wäre er gewiß nicht in 2. Auflage erschienen. Tatsächlich vereinigt er viele Vorzüge: er ist verhältnismäßig wohlfeil und enthält treffend ausgewählte Beispiele von allen wichtigen Hautkrankheiten; die Ausführung der Bilder ist großenteils sehr charakteristisch. Nicht alles erscheint uns freilich geglückt. Eine ganze Anzahl Bilder lassen doch wohl zu wenig die feinen Unterschiede in Form und Farbe erkennen, auf die es bei Hautkrankheiten so sehr ankommt. Man merkt das besonders, wenn man die bunten Bilder mit den auf photographischem Wege hergestellten vergleicht. Sollte nicht die Farbenphotographie berufen sein, grade für die Atlanten dieser Art eine neue Aera anzubahnen?

Rühmend zu erwähnen ist der an den Schluß des Buches gestellte Textteil, welcher in 276 Seiten ein vollständiges Lehrbuch der Hautkrankheiten bildet. F. L.

Lang, Lehrbuch der Geschlechtskrankheiten. 400 Seiten. Mit 85 Abbildungen im Text. Wiesbaden, Verlag von J. F. Bergmann.

Das vorzügliche Werk zeichnet sich besonders durch die Feinheit und Ausführlichkeit aus, mit welcher die klinischen Bilder der Geschlechtskrankheiten dargestellt sind. Aber neben diesem alten Vorzug der „Wiener Schule“ geht eine ebenso sorgfältige, auch die technischen Einzelheiten genau berücksichtigende Darstellung der Behandlungsmethoden einher.

Für den Lernenden ist vielleicht das Mosaik der einzelnen Krankheitsbilder etwas allzufein gearbeitet. Der Praktiker dagegen wird an diesem Werke einen trefflichen Wegweiser haben.

Auf die soziale und forensische Bedeutung der Geschlechtskrankheiten einzugehen, verschmäht Verf. leider ganz. Aber die Zeit, welche auch bei einem klinischen Lehrbuch dieses Eingehen auf die öffentlich rechtlichen Pflichten des Arztes für selbstverständlich hält, ist eben noch nicht gekommen. F. L.

Finkelstein, H. Fürsorge für Säuglinge. Vierter Supplementband: Sozialhygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Theodor Weyl. Jena, Gustav Fischer, 1904.

Finkelstein gibt in der vorliegenden Monographie eine kurze Übersicht der gebräuchlichen Systeme und Methoden sowie der sie unterstützenden Maßnahmen bei der Fürsorge für eheliche, uneheliche, verlassene und verwaiste Säuglinge und deren Erfolge. Nach der erschöpfenden und ausgezeichneten Darstellung, die der Kinderschutz im VII. Bande des Weyl'schen Handbuchs der Hygiene von H. Neumann erfahren hat, konnte sich Finkelstein damit begnügen, die Füsorgeeinrichtungen, die auf diesem Gebiete in den einzelnen Ländern getroffen sind, nur in großen Umrissen anzugeben. E. Roth (Potsdam).

Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Pocken (Blattern) vom 28. Januar 1904 nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsvorschriften vom 12. September 1904. 72 Seiten. Preis 50 Pf. Amtliche Ausgabe Berlin. Richard Schoetz 1905. Desgleichen betreff. Pest. 100 Seiten. Preis 60 Pf. Desgleichen betreff. Aussatz (Lepra) 39 Seiten. Preis 30 Pf. Desgleichen betreff.

Cholera 100 Seiten. Preis 60 Pf. Desgleichen betreff. Fleckfieber (Flecktyphus) 62 Seiten. Preis 40 Pf.

Die vom preußischen Kultusministerium besorgte amtliche Ausgabe der Bundesratsanweisungen für die einzelnen im Reichsseuchengesetz namhaft gemachten Krankheiten enthält in jedem Heftchen außer einem sorgfältigen Sachregister auch als besonders praktisch wichtige Beigabe die preußischen Ausführungsbestimmungen. Diese sind nicht fortlaufend im Wortlaut abgedruckt, sondern jeweils den einzelnen Paragraphen der Anweisung als Kommentar beigefügt. Für die preußischen Ärzte und Medizinalbeamten sind auf diese Weise sehr handliche und bequeme kleine Nachschlagebücher geschaffen worden. (Vergl. Ministerialerlasse in vor. Nr.)

Gebührenwesen.

Geltendmachen der Vergütigung für das einem Betriebsverletzten ohne Auftrag der Berufsgenossenschaft gewährte Heilverfahren.

Entspricht die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn, so kann (§ 683 B.G.B.) der Geschäftsführer ohne Auftrag Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. Hierzu ist er sogar auch gegen den Willen des Geschäftsherrn befugt, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht desselben, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, nicht rechtzeitig erfüllt werden würde, weil (§ 679 B.G.B.) dann ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille nicht in Betracht kommt. Auf Grund dieser beiden Rechtsregeln hat neuerdings der Brauch sich ausgebildet, daß Personen, welche aus der öffentlich rechtlichen Unfallversicherung wegen einer durch einen Betriebsunfall erlittenen Störung der körperlichen Unversehrtheit gegen die Berufsgenossenschaft (§ 9 U.V.G.) einen Anspruch auf freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel haben, sich dann in die Behandlung eines ihnen genehmen Arztes begeben, wenn entweder das von dem Vertrauensarzte vorgeschlagene Heilverfahren ihnen nicht paßt oder sie als bereits geheilt aus einem solchen entlassen wurden, worauf der behandelnde Arzt sein Arztlohn, sowie Auslagen für Arzeneien, Heilmittel, zugezogene Heilgehilfen unmittelbar gegen die Berufsgenossenschaft aus der Geschäftsführung ohne Auftrag einklagt. Innerhalb der Spruchgerichte gehen die Ansichten darüber auseinander, ob ein solchergestalt erhobener Anspruch gerichtliche Billigung finden kann oder nicht vielmehr in der angebrachten Art abgewiesen werden muß. Infolgedessen ist eine Klärung dieser Streitfrage im Interesse der beteiligten Kreise gerechtfertigt.

Unabweisbare Vorbedingung für die Rechtmäßigkeit des Anspruches auf Arztlohn und Vergütigung der sonstigen durch eine Krankenbehandlung gemachten Aufwendungen ist bei einer Geschäftsführung ohne Auftrag, daß der Geschäftsführer eine dem Geschäftsherrn im öffentlichen Interesse obliegende, aber verabsäumte Pflicht erfüllt hat. Daß die Berufsgenossenschaft einem Betriebsverletzten Krankenfürsorge im Umfange des § 6 U.V.G. zu gewähren hat, beruht auf einer Vorschrift des öffentlichen Rechtes. Sie darf sich dieser Pflicht also nicht entziehen. Ein Verabsäumen derselben würde mithin den Anspruch des Arztes aus der Geschäftsführung ohne Auftrag dem Grunde nach rechtfertigen. Allein, wer ein Recht für sich beansprucht, muß die Voraussetzungen hierfür erbringen, also den Beweis für seine Behauptungen führen. Zwar hat das Gericht (§ 286 C.Pr.O.) unter Berücksichtigung des gesamten Inhalts der Verhandlungen und des Ergebnisses einer etwaigen Beweisaufnahme nach freier Überzeugung zu entscheiden: allein doch nur in solchen Rechtsstreitigkeiten, welche seiner Zuständigkeit überwiesen sind. Nach § 13 Ger.Verf.G. gehören vor die ordentlichen Gerichte die bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten, für welche nicht entweder das Verwaltungsverfahren angeordnet ist oder reichsgesetzlich besondere Gerichte bestellt oder zugelassen sind. Die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund des Unfallversicherungsgesetzes überträgt § 3 des Reichsgesetzes v. 30. Juni 1900 den Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung. Deshalb sind solche der Zuständigkeit der ordentlichen Gerichte entzogen. Die für die Anwendbarkeit des Grundsatzes in § 679 B.G.B. unentbehrliche Vorfrage, ob die Berufsgenossenschaft ihre öffentlich rechtliche Pflicht auf Krankenfürsorge verletzt habe, ist der Prüfung und Beurteilung der ordentlichen Gerichte daher entzogen, und nur durch die Spruchgerichte der Unfallversicherung rechtswirksam zu entscheiden. Infolgedessen muß das angerufene Gericht, der Protestregel des § 148 C.Pr.Ord. Rechnung tragend, ein Zwischenurteil dahin fällen, daß die Entscheidung so lange auszusetzen sei, bis die Entscheidung der Spruchbehörden für die Unfallversicherung bezüglich des Bestehens oder Nichtbestehens des pflichtwidrigen Vorenthaltens der ihr obliegenden Krankenunterstützung seitens der Berufsgenossenschaft erfolgt ist.

Denn es überträgt § 99 G.U.V.G. die Feststellung der Entschädigungen, in Sonderheit auch der Art und des Umfanges eines Heilverfahrens im Sinne der §§ 9, 12, 22, 23 G.U.V.G. der Entschließung der hierfür eingesetzten Verwaltungsorgane der Berufsgenossenschaft, welche § 75 G.U.V.G. dem Betriebsverletzten durch schriftlichen Bescheid ihren Beschluß bekannt geben müssen, den der Entschädigungsberechtigte § 76 G.U.V.G. durch Berufung an das Schiedsgericht für Arbeiterversicherung bzw. Rekurs an das Reichsversicherungsamt fristgerecht anfechten kann, widrigenfalls er die Rechtskraft beschreitet. Die Entscheidung des Reichsversicherungsamtes ist (§ 15 M.G.) endgültig, und die in grundlegenden Rechtsfragen von seinem erweiterten Senate gefällte (§ 17 M.G.) bindend. Auch erklärt § 135 G.U.V.G. für das über einen sonstigen, die Leistungen der Berufsgenossenschaft übersteigenden Anspruch des Betriebsverletzten oder seiner Familienangehörigen erkennende ordentliche Gericht die Entscheidung bindend, welche in dem durch dieses Gesetz geordneten Verfahren über die Frage ergeht, ob ein Unfall vorliegt, für welchen aus der Unfallversicherung Entschädigung zu leisten, und in welchem Umfange Entschädigung zu gewähren ist.

Daß von dieser Rechtsregel bei der Geschäftsführung ohne Auftrag Abstand genommen werden könne, dafür fehlt es an jeglichem Anhaltspunkte in den heute geltenden Rechtsregeln und Vorschriften des materiellen und formellen, bürgerlichen und öffentlichen Rechtes. Im Gegenteil läßt die Denkschrift zu der Unfallversicherungsnovelle vom 30. Juni 1900 keinen Zweifel dagegen zu, daß den gesetzgebenden Körperschaften eine hierauf abzielende Absicht gefehlt habe, indem daselbst (S. 977) ausdrücklich hervorgehoben wird, es sei der diesbezügliche Zusatz dem bisherigen § 95 U.V.G. jetzt § 135 G.U.V.G. gerade aus dem Grunde hinzugefügt worden, daß in den grundlegenden Rechtsfragen einander widerstreitende Rechtsgrundsätze seitens der ordentlichen und der Verwaltungsgerichte erkannt werden. Angesichts dessen wird in logischer Gedankenfolge jedoch das Endergebnis genommen, es sei auch bei der Geschäftsführung ohne Auftrag der seitens der zuständigen Organe der Unfallversicherung gefaßte Beschluß über die Art und den Umfang eines Heilverfahrens dergestalt bindend, daß der Grundsatz in § 679 B.G.B. nicht zur Geltung kommen kann, wenn das besorgte Geschäft zu einem rechtskräftigen Beschlusse sich in Widerspruch versetzt.

Hilse.

Tagesgeschichte.

Die neuen Vorschriften über das Verfahren bei gerichtlichen Leichenöffnungen.

Das Regulativ vom Jahre 1875 ist nunmehr als veraltet aufgehoben und durch neue, von der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen ausgearbeitete Vorschriften ersetzt worden.

Schon in den einleitenden Paragraphen geboten die durch das Kreisarztgesetz geschaffenen Verhältnisse Änderungen. Es heißt jetzt, daß einer der beiden Obduzenten ein Gerichtsarzt und zwar der zuständige Gerichtsarzt (Kreisarzt) sein muß, dagegen ist seltsamerweise die Bestimmung fortgeblieben, daß möglichst auch der zweite Obduzent kreisärztlich geprüft sein soll.

Für Leichenöffnungen vor Ablauf von 12 Stunden (die Frist von 24 Stunden gilt nicht mehr als Regel) sind besondere Gründe erforderlich, diese und die Art der Feststellung des Todes sind im Protokoll zu vermerken.

Für gerichtliche Ausgrabungen ist bestimmt, daß mindestens einer der zur Obduktion heranzuziehenden Ärzte schon bei jenen zugegen sein muß und mit dafür zu sorgen hat, daß die Ausgrabung in einer den Zweck der Obduktion nicht störenden Weise erfolgt. Es sind jedesmal Proben der Erde in der Umgebung des Grabes mitzunehmen.

Zu den bei der Sektion mitzubringenden Instrumenten ist etwas sehr wesentlich Neues hinzugekommen: das Mikroskop.

Wohl die hauptsächlichste Änderung gegen früher enthält der § 9, mit welchem der zweite Hauptabschnitt beginnt. Früher lautete er:

> „Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Obduzenten überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchung im Auge behalten und alles, was diesem Zweck dient, mit Genauigkeit und Vollständigkeit untersuchen."

Jetzt dagegen heißt er:

> „Beim Erheben der Leichenbefunde müssen die Gerichtsärzte im wesentlichen ebenso verfahren, wie wenn die Sektion aus rein ärztlichem Interesse unternommen würde, nur haben sie überall den richterlichen Zweck der Leichenuntersuchung im Auge zu behalten und alles, was diesem Zwecke dient, mit besonderer Genauigkeit und Vollständigkeit zu untersuchen. Die folgenden technischen Vorschriften über den Gang der Untersuchung sollen nicht schablonenhaft angewendet, sondern nur als allgemeiner Leitfaden betrachtet werden, von dem je nach der Eigentümlichkeit des Falles auch abgewichen werden kann. Wesentliche Abweichungen müssen jedoch im Protokoll begründet werden."

Es will uns scheinen, daß die Stellung des Obduzenten durch diesen Paragraphen würdiger gestaltet wird, als durch den früheren.

Bezüglich der äußeren Besichtigung ist neu im wesentlichen die Vorschrift, Farbe, Geruch und beim Verdacht einer Vergiftung auch die Reaktion der dem Munde entströmenden Flüssigkeit zu prüfen, ferner finden sich ganz neue Vorschriften über die Besichtigung und Untersuchung von Wunden, endlich wird für bedeutungsvolle Befunde die Photographie empfohlen.

Bei der Kopfhöhle ist die Eröffnung der Querblutleiter nicht mehr vor, sondern nach der Untersuchung des Gehirns vorzunehmen.

Für die früher ganz außer acht gelassene Untersuchung der Augen, der Nasenhöhle und ihrer Nebenhöhlen werden gegebenenfalls die entsprechenden Methoden angezeigt.

Bei der Rückenmarksuntersuchung wird nicht mehr das leicht verletzliche Rückenmark allein herausgeholt, sondern mitsamt seiner ganzen harten Haut, die vorher nur hinten der Länge nach durchtrennt ward.

Für die Eröffnung der anderen Höhlen ist außer dem üblichen Längsschnitt jederzeit auch eine beiderseitige Verlängerung des Kopfschnittes im Bogen vom Ohr bis zur Brustbeinmitte zulässig. Ferner kann man vor Eröffnung der Bauchhöhle die Bauch- und Brusthaut im Unterhautzellgewebe zurückpräparieren und dann durch einen großen Kreuzschnitt die Bauchhöhle sehr breit eröffnen.

Beim Ablösen der Weichteile auf der Brust ist auf die Muskeln und bei Frauen auf die von hintenher einzuschneidenden Milchdrüsen zu achten.

Bei Vergrößerung des Herzens kann zuerst ein wagerechter Schnitt durch die Mitte beider Herzkammern bis an das Herzfell der Rückseite gemacht werden.

Das Eingießen von Wasser zur Prüfung der Herzklappen auf ihre Schlußfähigkeit wird anheimgestellt. Jedenfalls müsse es, um Trugschlüsse zu vermeiden, sehr vorsichtig geschehen.

Die Halsorgane können im Zusammenhang mit sämtlichen Brustorganen oder auch einzeln nach letzteren herausgenommen werden. Bei Verdacht des Erstickungstodes ist Kehlkopf und Luftröhre in situ aufzuschneiden.

Bei der Bauchsektion kann es zweckmäßig sein, statt der üblichen Reihenfolge nach der Milz gleich Dick- und Dünndarm herauszunehmen oder sogar sämtliche Organe bzw. einen Teil davon erst im Zusammenhang herauszunehmen und dann zu zerlegen.

Die Nebennieren und die Bauchspeicheldrüse, früher unerwähnt, werden jetzt berücksichtigt, für die Untersuchung der Geschlechtsorgane werden genauere Weisungen erteilt. Der Untersuchung des Darms soll diejenige des Gekröses vorausgehen. Der Darm darf mit dem Gekröse zusammen herausgenommen werden.

Ganz verändert sind die Vorschriften für Vergiftungsfälle. Lenkt Bittermandelgeruch den Verdacht auf Blausäure, so ist es zweckmäßig, erst die Kopfhöhle zu eröffnen. Anderenfalls wird die Bauchhöhle zuerst eröffnet; erscheint der Magen äußerlich unversehrt, so folgt die Brustsektion mit Unterbindung der Speiseröhre, dann die Bauchsektion, immer mit Verwahrung verschiedener Leichenteile in getrennten Gefäßen. Ist der Magen zerrissen oder droht er zu reißen, so geht die Bauchsektion allen übrigen voraus. Auch sonst sind genauere Vorschriften über die Behandlung vergiftungsverdächtiger Fälle gegeben.

Bei der Leichenöffnung Neugeborener ist in zweifelhaften Fällen die Magendarmprobe außer der Lungenprobe heranzuziehen.

Die Gerichtsärzte haben bei unbekannten oder zerstückelten Leichen auf die Eigenschaften des Skeletts mit zu achten, welche dazu dienen können, Alter, Größe und Identität zu bestimmen.

Bei der Abfassung des Protokolls ist es nicht angebracht, auch die für den Richter bedeutungslosen Befunde genau zu beschreiben, hier genügen kurze, zusammenfassende Bemerkungen.

Der Ausdruck „Obduktionsbericht" ist verschwunden und durch „begründendes Gutachten" ersetzt.

Für die bloße Leichenschau werden anhangsweise kurze Bestimmungen gegeben.

Die neuen Vorschriften treten am 1. März 1905 in Kraft. Sie enthalten, ohne sich im Kern von den bewährten Virchowchen Normen zu entfernen, doch mancherlei wertvolles Neues. Vor allem sind sie weniger starr als die früheren, sie geben dem Obduzenten häufig mehrere Methoden an die Hand und regen ihn zu selbständiger Auswahl, ebenso auch bei der Abfassung des Berichtes zur Ausschaltung des Unwesentlichen an. F. L.

Vertrauensärzte der Landesversicherungsanstalten.

Die Landesversicherungsanstalt Westfalen rechtfertigt in ihrem Jahresbericht für 1903 die Notwendigkeit, die zum Heilverfahren vorgeschlagenen Versicherten durch Vertrauensärzte

nachuntersuchen zu lassen und berührt dabei Tatsachen, welche uns Ärzten zwar peinlich sein mögen, aber auch in ärztlichen Kreisen nicht verschwiegen werden dürfen. Es heißt in diesem Bericht:

„Einzelnen Ärzten ist die Nachuntersuchung der von ihnen zur Kur in Vorschlag Gebrachten durch einen unserer Vertrauensärzte nicht genehm. Diese für uns mit ganz erheblichen Kosten verknüpfte Einrichtung ist aber nach den Erfahrungen früherer Jahre nicht zu entbehren, weil uns vor Bestellung der Vertrauensärzte eine große Anzahl ungeeigneter Kranken — manchmal geradezu Todeskandidaten, welche kurz nach Beginn der Kur sterben — zur Heilbehandlung empfohlen wurden. Es zeigte sich, daß der größte Teil der Ärzte mit den gesetzlichen und unseren Bestimmungen über die Voraussetzungen für ein Heilverfahren nicht vertraut ist, manchen — namentlich den jüngeren — Ärzten fehlen auch die erforderlichen Erfahrungen und Kenntnisse, insbesondere der für uns so wichtigen Tuberkulose, auch Mitleid usw. spielt öfter eine Rolle. Das veranlaßte uns, mit einer beschränkten Anzahl von Ärzten in engere Verbindung zu treten, welche wir über die zu stellenden Anforderungen hinsichtlich der Krankenfürsorge im allgemeinen und der Krankheitsfälle im einzelnen und ferner hinsichtlich der Auswahl der für die verschiedenartigen Fälle in Betracht kommenden Heilanstalten jederzeit auf dem laufenden erhalten.

Es ist zwar zuzugeben, daß es zuweilen für den Vertrauensarzt bei einmaliger Untersuchung schwieriger ist, ein sachgemäßes Urteil abzugeben, als für den behandelnden Arzt, der den Kranken genauer kennt. Aber dieser Mangel läßt sich beseitigen durch Mitteilung des behandelnden Arztes von seinen Feststellungen, durch Unterbringung des Kranken im Zweifel in einem Krankenhause zur Beobachtung u. dgl. — Auf alle Fälle kann dieser Mangel die Vorteile der Wirksamkeit von Vertrauensärzten nicht aufwiegen.“

Wir haben von jeher unserer Überzeugung Ausdruck gegeben, daß das Verlangen vieler Ärzte nach Abschaffung der Vertrauensärzte ungerechtfertigt ist. Die Gründe dafür liegen allerdings nur zum Teil in dem vermeidbaren Mangel an Überlegung und Gesetzeskenntnis bei den praktischen Ärzten, zum andern Teil darin, daß nicht jeder Arzt auf jedem Gebiete über ein ausreichendes Maß von Erfahrung verfügen kann. Das Zusammenwirken von behandelndem und Vertrauensarzt erfordert, um für alle Teile ersprießlich zu sein, lediglich eine verständnisvolle Geschäftsführung und bei den beteiligten Ärzten ein entsprechendes Maß von kollegialem Takt.

Eine Reform des Medizinalwesens

in Elsaß-Lothringen nach preußischem Muster wird jetzt in die Wege geleitet. Es handelt sich dabei hauptsächlich um die Schaffung von Stellen für vollbesoldete Kreisärzte, welche bisher im Reichslande noch nicht existierten. Es sind vorläufig sechs vollbesoldete Kreisärzte in Aussicht genommen, während die übrigen Kreisarztstellen als nicht vollbesoldet fortgeführt, aber ebenfalls besser als bisher remuneriert werden sollen. Die dem Landeshaushaltsetat beigegebene Denkschrift sagt hierüber:

„Es sind 15 solcher Stellen vorgesehen. Im ganzen bestehen 23 Kreisarztstellen; drei davon, die Stellen am Sitz des Bezirkspräsidiums, können im Nebenamte durch den Medizinalreferenten des Bezirkspräsidenten wahrgenommen werden. Bei dem gegenwärtigen Inhaber der Kreisarztstelle in Straßburg wird sich diese Kombination indessen zunächst nicht ermöglichen lassen; es sind daher neben den sechs vollbesoldeten 15 nicht vollbesoldete Stellen vorgesehen. Auch diese Stellen sind mit Gehältern dotiert, also pensionsfähig, was indessen nicht ausschließt, daß einzelne Stelleninhaber zunächst auf Probe oder auf Kündigung angestellt werden.

Der Kreisarzt soll der gesundheitstechnische Berater des Kreisdirektors und das ausführende Organ des Bezirkspräsidenten in Angelegenheiten des Gesundheitswesens bleiben. Ein unmittelbares Verfügungsrecht soll ihm, soweit es nicht durch die bestehenden Gesetze festgesetzt wird, nicht übertragen werden, doch soll er bei den zuständigen Behörden Vorschläge zur Abstellung von Mängeln machen und die für die öffentliche Gesundheit geeigneten Maßnahmen in Anregung bringen.“

Über die weiteren Organe der Medizinalverwaltung und die dabei etwa beabsichtigten Neuerungen äußert sich die Denkschrift wie folgt:

„Während bisher der Medizinalreferent des Ministeriums gleichzeitig das Referat in Medizinalangelegenheiten im Bezirkspräsidium in Straßburg wahrnahm, soll künftig ein besonderer Referent am Bezirkspräsidium bestellt und hierfür die etatsmäßige Stelle eines Regierungs- und Medizinalrates vorgesehen werden. Im übrigen soll im Medizinalwesen keine Änderung eintreten. Das bewährte Institut der Kantonalärzte als Armenärzte, Impfärzte und Gerichtsärzte neben den Kreisärzten soll bestehen bleiben. Auch die Einrichtung der Gesundheitsräte soll nicht berührt werden. Ob die Bestellung eines Medizinalkollegiums in der Zentralinstanz angezeigt erscheint, das dem Ministerium begutachtend zur Seite stände, insbesondere in gewissen Fällen Obergutachten zu erstatten hätte, bleibt weiterer Erwägung vorbehalten. (Allg. Med. Zentr.-Ztg.)

Der 22. Kongreß für innere Medizin

findet vom 12.—15. April 1905 zu Wiesbaden statt unter dem Vorsitze des Herrn Geheimrat Erb (Heidelberg). Als Verhandlungsthema des ersten Sitzungstages ist bestimmt: Über Vererbung. 1. Referat: Über den derzeitigen Stand der Vererbungslehre in der Biologie: Herr H. E. Ziegler (Jena). 2. Referat: Über die Bedeutung der Vererbung und der Disposition in der Pathologie mit besonderer Berücksichtigung der Tuberkulose: Herr Martius (Rostock). Von den angemeldeten Vorträgen dürften dem Gebiete der ärztlichen Sachverständigentätigkeit folgende am nächsten liegen: Herr Siegfried Kaminer und Herr Ernst Meyer (Berlin): Experimentelle Untersuchungen über die Bedeutung des Applikationsortes für die Reaktionshöhe bei diagnostischen Tuberkulininjektionen; Herr Aufrecht (Magdeburg: Erfolgreiche Anwendung des Tuberkulin bei sonst fast aussichtslos kranken fiebernden Phthisikern; Herr Homberger (Frankfurt a. M.): Die Mechanik des Kreislaufes; Herr O. Hezel (Wiesbaden): 1. Beitrag zu den Frühsymptomen der Tabes dorsalis; 2. Über eine gelungene Nervenpfropfung, ausgeführt zur Heilung einer alten stationär gebliebenen Lähmung einiger Muskeln auf dem Gebiete des N. peroneus; Herr Bernhard Fischer (Bonn): Über Arterienerkrankungen nach Adrenalininjektionen; Herr Gerhardt (Erlangen): Beitrag zur Lehre von der Mechanik der Klappenfehler; Herr Lüthje (Tübingen): Beitrag zum experimentellen Diabetes; Herr Friedel Pick (Prag): Über Influenza.

Mit dem Kongresse ist die übliche Ausstellung von Instrumenten, Apparaten und Präparaten, soweit sie für die innere Medizin von Interesse sind, verbunden.

Anmeldungen von Vorträgen und für die Ausstellung sind zu richten an Geheimrat Dr. Emil Pfeiffer, Wiesbaden, Parkstraße 13.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 6. Ausgegeben am 15. März.

Inhalt:

Aus dem Kgl. hygienischen Institut in Posen. Pathologisch-anatomische Abteilung.

Ein Fall von doppelter Aortenruptur durch Überanstrengung.

Von
Dr. Albert Brunk,
Assistent am Institute.

Die moderne Unfallgesetzgebung und mit ihr die Invaliditäts- und Rentenversicherung haben den Ärzten eine Menge zum Teil unangenehmer Mehrarbeit gebracht, sie haben in bedauerlicher Weise die Simulation angeregt, und unter den diesem Faktor gegenüber zunächst unerfahrenen Ärzten ist vielleicht manche Irrlehre entstanden. Aber, abgesehen von dem sozialen Segen, den die genannten Institutionen geschaffen, haben sie auch auf der anderen Seite die wissenschaftliche Medizin gefördert und zwar in der Kenntnis der Ursachen mancher Krankheiten. Während man früher auf Unfälle in den weitaus meisten Fällen nur äußere Erkrankungen zurückführte, wurde jetzt der Arzt sehr viel häufiger und bei den verschiedensten Krankheiten veranlaßt, auf einen Zusammenhang mit einem Unfalle zu fahnden, und in einer verhältnismäßig großen Zahl von ursprünglich rein inneren Leiden hat ein solcher Zusammenhang sich beweisen lassen. Stern hat eine große Reihe von Beobachtungen aus diesem Gebiete in dankenswerter Weise zusammengestellt.

Das größte Kapitel der inneren Leiden, die einem Trauma ihre Entstehung verdanken können, bilden Erkrankungen des Herzens und der großen Gefäße. Wir müssen hier zwei Arten von Gewalteinwirkungen unterscheiden, einmal schwere Kontusionen der Brust und zweitens übermäßige Körperanstrengungen. Daß die ersteren zu Verletzungen des Herzens und der Gefäße, z. B. zu Einreißungen der Klappen und Gefäßwandungen gelegentlich führen können, ist einleuchtend. Viel seltener und weniger leicht verständlich sind derartige Verletzungen durch die zweite genannte Gewaltwirkung, durch bloße körperliche Überanstrengungen. Welche hohen Grade diese zweite Art der Verletzungen erreichen kann und mit wie schweren Läsionen des Herzens und der großen Gefäße ein Weiterleben vereinbart ist,

mag der im folgenden beschriebene Fall zusammen mit den aus der Literatur zitierten Beobachtungen zeigen. Es handelt sich um einen 38jährigen außerordentlich muskulösen Kutscher S., der, nach den Angaben seiner Frau, vorher keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht hatte. Diesem waren am 5. Januar 1905 zwei neue, äußerst unruhige und wilde Pferde übergeben worden, mit deren Bändigung er sehr schwer fertig wurde. Am 7. Januar 1905, mittags bäumten die Pferde vor dem Wagen (Lastwagen) und gingen hoch. S. fiel ihnen in die Zügel und versuchte mit aller seiner Kraft die Pferde herunterzureißen. Hierbei fühlte er plötzlich einen stechenden Schmerz in der oberen Brustgegend und zugleich stellten sich Unwohlsein und Kopfschmerzen ein. Diese Symptome blieben in etwas geringerem Grade als zuerst bis zum nächsten Tage. An diesem fuhr S. mittags mit den Pferden, er selbst saß auf dem Wagen. Um die Pferde, die vor der elektrischen Bahn scheuten, zu halten, mußte er an der Leine mit aller Kraft ziehen und reißen und plötzlich stellte sich dabei von neuem ein stechender Schmerz in der Brust ein, aber diesmal viel heftiger als am Tage vorher. Es kam schweres Erbrechen hinzu. Ihm wurde schwarz vor den Augen und er sank vom Wagen. Er wurde von einigen Männern, die ein Schutzmann, der Zeuge des Vorfalls war, herbeigerufen hatte, nach seiner Wohnung und ins Bett gebracht. Hier hielt das Erbrechen während der nächsten 12 Stunden an. In den ersten Stunden konnte Patient auch nichts sehen und nicht sprechen. Ein nachmittags angerufener Arzt dachte an die Möglichkeit eines Ileus; im übrigen konnte er objektive Symptome nicht auffinden. Am nächsten Morgen, also zwei Tage nach dem ersten Auftreten der Schmerzen in der Brust, war das Befinden des Kranken etwas besser. Das Erbrechen hatte aufgehört; Sehen und Sprechen war wieder möglich. Patient klagte nun besonders über ein ganz fremdartiges Gefühl in der Brust, das ihn sehr beängstigte. Mittags verlangte er Kaffee, trank diesen im Bett und gleich darauf trat ganz plötzlich der Tod ein.

Der hinzugerufene Arzt konnte nur noch diesen konstatieren und ordnete, da zur eventuellen Erlangung einer Unfallrente die Todesursache festgestellt werden mußte, die Überführung der Leiche in die Prosektur des städtischen Krankenhauses zwecks Sektion an.

Die Sektion (Verf.) fand am 10. Januar 22 Stunden post mortem statt.

Sektionsprotokoll:

Große, außerordentlich muskulöse, männliche Leiche. Hautfarbe im ganzen grauweiß, in den abhängigen Teilen livide. Auf der Stirn über dem linken Auge eine quergestellte 8 mm lange, 3 mm breite mit Schorf bedeckte Stelle, ohne irgendwelche Reaktionserscheinungen in der Umgebung.

In der Bauchhöhle etwa 50 ccm klare Flüssigkeit. Das Netz ist ziemlich fettarm und liegt über den obersten Dünndarmschlingen. Das Peritoneum ist graurot und überall spiegelnd glatt.

Zwerchfellstand rechts in Höhe des IV. Interkostalraumes, links in Höhe der V. Rippe.

Die Rippenknorpel schneiden sich leicht. Nach Herausnahme des Brustbeins sinken die Lungen weit zurück, die rechte noch etwas weiter als die linke.

Ganz außerordentlich ausgedehnt ist der Herzbeutel. Er mißt in der Längsrichtung des Körpers 26 cm, senkrecht dazu 20 cm. Gegenüber dem linken Lungenhilus vor und hinter dem Nervus phrenicus ist die Wand des Herzbeutels durchblutet in einer Ausdehnung von 17 cm Länge und 10 cm Breite. Die Blutung setzt sich auch eine kleine Strecke weit über den Lungenhilus in die Lungenpleura hin fort. Der Herzbeutel ergibt bei der Palpation Fluktuation.

Im Herzbeutel findet sich ca. 1 Liter flüssigen Blutes.

Das Herz ist bedeutend größer als die Faust der Leiche. Das Perikard ist überall spiegelnd glatt und glänzend. Die Gegend der Aorta und Pulmonalis und der obersten Teile der Vorhöfe ist derart durchblutet, daß eine genaue Orientierung hier zunächst nicht möglich ist. Nachdem sich bei genauerer Untersuchung das parietale Blatt des Perikards als intakt erwiesen hat, wird nun das Herz nach vorsichtiger Entfernung der Lungen im Zusammenhange, mit dem Herzbeutel, mit der Brustaorta und den Halsorganen herausgenommen. Die nunmehr freier zugängliche Gegend der hinteren Aortenwand ist derartig in Form und Farbe modifiziert, daß auch jetzt eine genaue Abgrenzung der Aorta völlig unmöglich ist. Der ganze rechte obere Teil des Herzbeutels vom rechten Herzohr bis zum Austritt der Aorta aus dem Herzbeutel ist fast ausgefüllt von einem anscheinend der Aorta aufsitzenden sackartigen durchbluteten Gebilde, das sich ganz weich anfühlt und fluktuiert. An einer fast schwarzen Stelle dieses Sackes in dessen Hinterwand findet sich eine Öffnung von 10 mm Länge und 3 mm Breite, aus der bei Druck auf die Umgebung dunkles flüssiges Blut sickert. Bei vorsichtigem Eingehen mit der Sonde kommt man durch dieses Loch in eine weite Höhle, die nach ihren Hauptausdehnungen Beziehungen zur Aorta zu haben scheint.

Es wird jetzt die Eröffnung des Herzens vorgenommen.

Der rechte Ventrikel ist im Vergleich mit der Größe des ganzen Herzens dünnwandig; die Dicke seiner Muskelwand schwankt zwischen 4 und 6 mm. Endokard und Arteria pulmonalis bieten nichts Besonderes; letztere ist dicht über der Klappe 8,5 cm breit.

Auch der linke Ventrikel und die Aorta werden nun in der üblichen Weise vorsichtig aufgeschnitten. Der Ventrikel ist enorm kräftig und groß. Er ist 12 cm lang, seine Muskulatur 2—2,5 cm dick, braunrot und transparent. Das Endokard ist überall glatt und durchscheinend.

Die Aorta ist an ihrem Beginn 10 cm breit. Die Aortenklappen sind etwas verdickt aber im ganzen wohlgebildet. Nur an ihren Berührungsstellen sind die einzelnen Klappen auf 3 bis 4 mm mit einander verwachsen.

Über den Vereinigungsstellen der Klappen, 1 cm von diesen entfernt, weist die Aorta einen mächtigen Querriß auf (s. d. Abbildung). Dieser ist im ganzen 7,5 cm lang, klafft weit, geht genau parallel den freien Klappenrändern und liegt über der hinteren und der rechten vorderen Klappe. Die Ränder des Risses sind bis auf wenige ganz kleine Zacken absolut glatt. Auf der Rißfläche ist eine deutliche Zweischichtung zu erkennen.

Ein zweiter kleinerer Einriß findet sich in der Aorta kurz vor dem Abgange der Arteria anonyma und der Carotis communis sinistra. Dieser Riß ist 4 cm lang. Sein Rand ist ebenfalls im ganzen glatt und etwas nach unten konvex gebogen. Auch hier ist auf der Rißfläche deutliche Zweischichtung sichtbar.

Mit der Sonde kommt man durch beide Risse in eine und zwar dieselbe weite Höhle, welche die Aorta in etwa zwei Dritteln ihres Umfanges umgibt. Die äußere Wand dieser Höhle wird von dem oben geschilderten stark durchbluteten Sacke gebildet, der im obersten rechten Teil des Herzbeutels die Orientierung über den Verlauf der Aorta erschwerte, und in den vom Herzbeutel her die beschriebene Öffnung führte. Durch diese Öffnung kommt man mit der Sonde von den Rissen der Aorta her ohne Schwierigkeit in den Herzbeutel. Da der obere Einriß der Aorta außerhalb des Herzbeutels liegt, ist ein Teil des Sackes innerhalb, ein kleinerer außerhalb des Herzbeutels gelegen; dessen Umschlagsstelle zieht glatt über den Sack hinweg. Die Innenfläche des letzteren ist rot und ziemlich uneben, durch zahlreiche feinste bindegewebige Streifchen, die ihr aufliegen.

Da auf den Rißflächen der Aorta nur zwei Schichten zu erkennen sind, welche die innere Wand des Sackes bilden, ist

anzunehmen, daß die dritte äußerste Schicht der Aorta, die Adventitia und das Epikard die äußere Wand bilden.

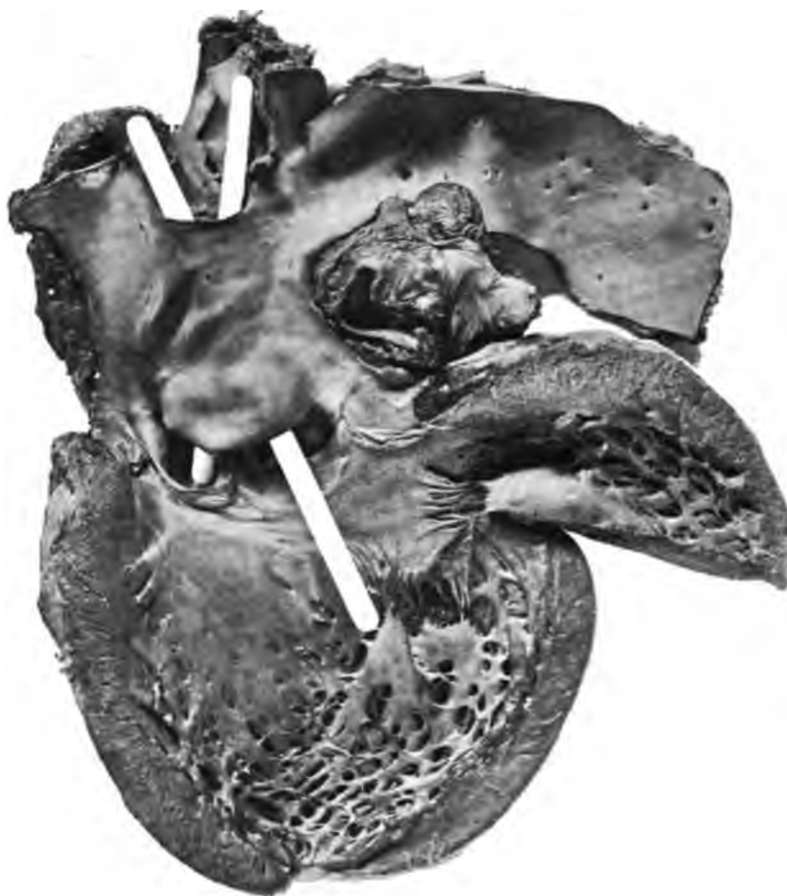
Die rauhe Innenfläche des Sackes ist veranlaßt durch die Trennung der Aortenwände innerhalb der äußersten Schichten der Media. Im übrigen zeigt die Intima der Aorta keine schwereren Veränderungen. Es finden sich nur ganz vereinzelt kleine gelbe Fleckchen.

Die Lungen liegen frei in den Brusthöhlen. Die Pleuren sind spiegelnd glatt. In den Lungen keinerlei Herderkrankungen; die Lungen sind durchaus weich und lufthaltig, der Gewebssaft überall blutig, schaumig und klar.

Die Organe der Bauchhöhle sind, abgesehen von einer Fettinfiltration der Leber, durchaus ohne pathologische Veränderungen.

Beim Ablösen der weichen Bedeckungen des Schädels sieht man auf der Innenfläche der Kopfschwarte über der Scheitelhöhe, dicht links neben der Sagittalnaht drei nebeneinander liegende, etwa kirschkerngroße Blutpunkte, die nach dem Einschneiden sich nicht wegspülen lassen. An der der verschorften Stelle an der Stirn entsprechenden Partie auf der Innenseite der Kopfschwarte ist diese völlig intakt. Die Sektion des Gehirns und seiner Häute ergibt durchaus normale Verhältnisse.

Die mikroskopische Untersuchung eines kleinen Stückchens vom unteren freien Rande des größeren Risses der Aorta bestätigte Richtigkeit der Annahme, daß die Trennung der Aortenwände, die die Bildung des Aneurysmas, in den alleräußersten Schichten der Media vor sich gegangen ist. Das Gefüge der elastischen Fasern ist dicht neben dem Einrisse etwas gelockert und unregelmäßig. Indessen ist diese Veränderung wohl auf das Trauma selbst zu beziehen. In den sonst noch untersuchten Stücken der Aorta ascendens finden sich einige kleinste Infiltrationsherde in der Media, nirgends schwerere pathologische Prozesse, so daß wir die Aortenwand im ganzen als normal ansehen können.



Die Abbildung zeigt den hypertrophischen linken Ventrikel mit der Aorta. Die Porzellanstäbe führen durch die beiden Einrisse in der Aorta; sie heben Intima und Media etwas vor und liegen mit ihren verdeckten Teilen im Raume des Aneurysma dissecans.

Epikrise.

Todesursache ist eine Verblutung in den Herzbeutel. Die Blutung stammt aus einem in den Herzbeutel perforierten Aneurysma dissecans, das der Hinterwand der Aorta ascendens anliegt und von der Adventitia der Aorta und dem Epikard gebildet wird. Die Verbindung des Aneurysmas mit dem Lumen der Aorta ist hergestellt durch zwei Einrisse in Intima und Media der Aorta, von denen der eine quergestellt, 7,5 cm lang ist und dicht über den Klappen liegt, während der zweite 4 cm lange Riß vor der Abgangsstelle der Art. anonyma und der Art. carotis comm. hin gelegen ist (s. Abb.).

Die Entstehung dieses Aneurysma dissecans der Aorta haben wir uns folgendermaßen erklärt.

Es wird, wie später physiologisch begründet werden soll, bei jeder plötzlichen Anstrengung der Blutdruck im Aortensysteme enorm gesteigert und zwar durch verschiedene Muskelaktionen. Daher werden bei einem besonders muskulösen Manne, wie in unserm Falle, auch außerordentliche hohe Drucksteigerungen zustande kommen, und dies ist jedenfalls geschehen bei den beiden geschilderten Szenen im Verkehr mit den Pferden, einmal beim Niederreißen der hochgehenden Pferde und dann beim Zerren und Reißen an der Leine.

Wir haben also eine Erhöhung des Innendruckes der Aorta zunächst ohne Zutun des Herzens selbst. Wenn wir nun aber in unserem Falle den sehr voluminösen und hypertrophischen linken Ventrikel betrachten, so wird klar, daß seine Kontraktion und kraftvolle Entleerung in die Aorta hier die Druckerhöhung noch erheblich verstärken mußte, und dem resultierenden Drucke hat die Wandung der Aorta bei den beiden beschriebenen Kraftleistungen nicht standhalten können. Es ist zu den großen Einrissen in Intima und Media gekommen. Der Blutstrom hat dann die Adventitia abgehoben und so das Aneurysma gebildet.

Welcher von den beiden Rissen dem ersten, welcher dem zweiten der beiden Gewaltakte zuzuschreiben ist, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Es ist unmöglich, daß der kleinere, obere Riß der ersten Überanstrengung, dem Herunterreißen der Pferde seine Entstehung verdankt. Dafür sprächen die geringeren Erscheinungen, die den ersten Unfall begleiteten und event. der Sitz des Einrisses vor der Abgangsstelle der großen Gefäße für Arm und Hals, die hier bei den heftigen Bewegungen des Mannes mit erhobenen Armen gezerrt haben können. Indessen paßt zu dieser Erklärung des Entstehens des oberen Risses schlecht die geringe Ausdehnung des Aneurysmas stromabwärts von der Rißstelle, wo sie bei einem zwei Tage bestehenden Risse weiterreichen müßte.

Am meisten Wahrscheinlichkeit scheint uns noch folgende Deutung zu haben. Bei der ersten der verhängnisvollen Anstrengungen ist der Riß dicht über den Klappen entstanden, vielleicht in geringerer Ausdehnung, als er bei der Sektion gefunden wurde. Die Stelle über den Klappen ist gewissermaßen eine typische; in der Mehrzahl der beschriebenen traumatischen Aortenrupturen lag ein Querriß dicht über den Klappen vor. Im Anschluß an diesen ersten Einriß mag sich nun langsam die Aneurysmabildung an der Aorta ascendens hochgeschoben haben.

Am nächsten Tage kam es dann zu der zweiten Überanstrengung und Druckerhöhung in der Aorta. Nun gaben die Rißecken nach, der Riß erreichte seine ganze, riesige Ausdehnung. Das Aneurysma, das jetzt eine sehr weite Eingangspforte hatte,

wurde rapide größer. Als Blindsack, der in der Richtung des Aortenstromes lag, war es hohem Innendrucke ausgesetzt, und durch diesen ist schließlich eine Perforation des Aneurysmas in die Aorta zurück veranlaßt worden kurz vor dem Abgange der ersten großen Gefäße, wo ein weiteres Fortschreiten des Aneurysmas auf größere Widerstände stieß.

Es ist klar, daß zur Zerreißung der Intima und Media einer gesunden Aorta eine sehr bedeutende Kraft gehört, und zu deren Entstehung in unserem Falle ist noch folgendes zu sagen.

In einer leeren Arterie die Intima zu zerreißen, ist außerordentlich schwer, sehr viel leichter gelingt dies, wie Bardenheuer experimentell gezeigt hat, an jeder stark gefüllten Arterie.

Die physiologische Erklärung des hohen Druckes in der Aorta bei plötzlichen Anstrengungen gibt Bardenheuer folgendermaßen: „Durch plötzliche Anstrengungen, z. B. beim Heben schwerer Lasten, inspiriert man tief, und es wird, wie man sich durch den Kehlkopfspiegel überzeugen kann (Stern), die Stimmritze geschlossen, dann erfolgt eine starke Anspannung der Exspirationsmuskeln, um den in Inspirationsstellung stehenden Brustkorb festzustellen und den von demselben entspringenden Muskeln eine feste Stütze zu geben, gegen welche sie sich verkürzen können. Hierdurch wird alles Blut von der stark gespannten Lungenluft aus den Lungen, dem Herzen schnell nach außen befördert, wodurch der Blutdruck in dem großen Kreislaufe steigt, der venöse Blutzufluß zum Herzen behindert, der arterielle Abfluß gefördert wird. Die Blutdrucksteigerung im Aortensysteme wird bei schwerer Muskelanstrengung noch weiter dadurch gesteigert, daß die Muskelgefäße, besonders die Kapillaren, durch die kontrahierten Muskeln zusammengepreßt werden, was zu einer Blutdrucksteigerung in den rückwärts gelegenen Arterien, also besonders im Aortensysteme, führt". Daß eine solche in unserem Falle durch eine Kontraktion des mächtigen linken Ventrikels mit seiner bedeutenden Kapazität und hypertrophischen Wandung in gefahrbringender Weise noch erhöht werden kann, ist bereits oben gesagt worden.

Immerhin ist die Ruptur der gesunden Aorta bei bloßen Körperanstrengungen ein seltenes Vorkommnis und dies zeigt auch die geringe Zahl der beschriebenen Fälle, die uns aber doch den angenommenen, auf den ersten Blick unwahrscheinlichen Zusammenhang bestätigen.

Stern bespricht eine Reihe von traumatisch entstandenen Aortenaneurysmen. Bei allen aber handelt es sich um schwere Kontusionen des Thorax und nur bei zweien, den Fällen von Schnabel und Lebert, hat eine akute Überanstrengung eine Verschlimmernng zur Folge, wahrscheinlich durch Erweiterung der Einrisse in der Aortenwand.

Holmes berichtet von einem Falle, in dem ein junger Mann beim Rudern zusammenbrach mit dem Rufe: „Ich fühle, als ob mir inwendig ein Blutgefäß zerplatzt wäre". $^3/_4$ Stunden später trat der Tod ein. Bei der Sektion fand sich der Herzbeutel voll Blut, der Anfangsteil der Aorta sehr stark ausgedehnt. In der vorderen Wand der Aorta ascendens lag ein $^5/_8$ Zoll langer Riß in Media und Intima, in der Adventitia ein zweiter Riß, aber höher und mehr nach rechts. Der junge Mann hatte vorher Brandy getrunken, wodurch eine Steigerung des Blutdruckes erklärt wird.

Einen weiteren Fall, der dem unsrigen in manchem Punkte ähnlich ist, schildert Chiari. Ein 57 jähriger Mann wirft seinen Oberkörper mit einem gewaltigen Ruck nach rückwärts, um sich vor dem Hinstürzen bei Ausgleiten auf dem Glatteise zu bewahren. Er empfindet sofort einen heftigen Schmerz in der Rückengegend und kann nur noch kriechend nach Hause kommen. Hier verschlimmert sich der Zustand, es kommt Erbrechen hinzu, und der Kranke sucht die Klinik auf, wo sein Befinden in den nächsten Tagen noch etwas schlechter wird. Acht Tage nach dem Unfall tritt plötzlicher Kollaps und fünf Minuten später der Tod ein. Bei der Sektion findet sich am oberen Ende der absteigenden Aorta ein Riß von 8 mm Länge, der durch Media und Intima hindurchgeht. An diesen Riß schließt sich ein Aneurysma dissecans an und zwar nach abwärts bis auf die A. A. iliacae communes. Dicht über dem Zwerchfell ist dann die Adventitia eingerissen und hat zur tödlichen Blutung in die rechte Pleura geführt. Die Wand der Aorta weist in allen Schichten ziemlich erhebliche Veränderungen, ungleichmäßige Verdickungen, herdweise Verfettungen und Verkalkungen auf.

Einen dritten ähnlichen Fall beschreibt Wasastjerna. Ein vorher anscheinend gesunder 13 jähriger Knabe zieht sich durch übermäßige Anstrengung beim Schlittschuhlaufen eine Aortenruptur zu. Es entsteht ein Aneurysma dissecans, am dritten Tage eine Zerreißung der Adventitia mit tödlicher Blutung in den Herzbeutel.

Nach dem Referate über den von R. Petch erwähnten Fall. muß es sich bei diesem auch um einen ähnlichen Prozeß gehandelt haben. Bei einem 56 jährigen plötzlich zusammengebrochenen und nach 5 Stunden gestorbenen Manne fand sich eine komplette Ruptur des Anfangsteiles der Aorta in den Herzbeutel. Hier kann nur die Haltbarkeit der Adventitia zunächst das fünfstündige Leben nach dem Unfalle noch möglich gemacht haben, bis auch sie der immer größer werdenden (aneurysmatischen) Dehnung nicht mehr standhalten konnte.

Durch diese vier Fälle werden die beiden interessantesten Punkte berührt, die bei Verletzungen der Aorta, wie die in unserem Falle in Frage kommen, nämlich erstens die Möglichkeit eines Weiterlebens nach schweren Verletzungen der Aortenwand und zweitens das Zustandekommen von Aortenrupturen durch körperliche Überanstrengungen.

In unserem Falle ist die erste Ruptur 48 Stunden vor dem Tode erfolgt, in den drei zitierten liegen zwischen dem Einriß und dem Tode $^3/_4$ Stunden bis 8 Tage. Es sind aber noch viel längere Zeiten beobachtet, und es ist sogar eine Reihe von Heilungen schwerer Aortenrisse beschrieben worden.

In den Verhandlungen der Deutschen Pathologischen Gesellschaft im Mai 1904 sprach Ernst-Zürich über eine geheilte zirkuläre Aortenruptur am Isthmus. Es handelte sich bei einem 37 jährigen Manne um einen Querriß der Aorta, der durch Intima und Media im ganzen Umfange der Aorta ging und ohne Entstehung eines Aneurysma dissecans durch Bildung einer neuen Innenhaut völlig verheilt war. In der Diskussion über diesen Fall berichteten Fränkel, Benecke und Schmorl über ganz ähnliche Beobachtungen von Heilungen von Aortenrissen ohne Aneurysmabildung. Diese Fälle sind geeignet, in eklatantester Weise zu zeigen, daß es in allererster Linie die ganz erstaunliche Haltbarkeit der Adventitia ist, die ein Weiterleben nach derartig schweren Aortenverletzungen ermöglicht, die sogar bis zu einer völligen Vernarbung des Risses dem Aortendrucke stand zu halten vermag. Auch wenn es zur Bildung eines Aneurysma dissecans kommt, kann der Aortenriß Dank der Festigkeit der Adventitia zu einer gewissen Ausheilung gelangen. Heller hat einen Fall beobachtet, bei welchem ein Aneurysma dissecans, welches vom unteren Teil der Aorta ascendens bis zur Arteria cöliaca reichte, von einer vollständigen Intima ausgekleidet war. (Unten kommunizierte dieses Aneurysma wieder mit der Aorta.)

In unserem Falle waren die Bedingungen für eine eventuelle Ausheilung der Risse außerordentlich ungünstig, einmal wegen der enormen Ausdehnung der Rupturen und zweitens wegen der bedeutenden Hypertrophie des linken Ventrikels, dessen Kraft das gebildete Aneurysma sehr bald überdehnte.

Die Möglichkeit einer Aortenruptur durch plötzliche gewaltige Anstrengungen der Körperkraft wird durch die Fälle von Chiari, Holmes und Wasastjerna unsbestätigt. Allerdings

war in zweien davon der Einriß erleichtert durch krankhafte Veränderungen der Aorta, im ersten durch eine bedeutende Atheromatose, im letzten durch die kongenitale Einschnürung am Isthmus. Etwas derartiges Prädisponierendes liegt nicht vor in einem zweiten sehr lehrreichen Falle von Heller, der hier noch kurz erwähnt sei. Ein 37 jähriger gesunder Mann B. trug mit zwei anderen einen langen, 2 Zentner schweren Winkelstahl. Beim Klettern über die im Wege liegenden Gegenstände, mußte plötzlich B. die ganze Last auf seinen Schultern allein tragen und verspürte sofort einen heftigen Schmerz in Brust und Rücken. An diesen Unfall schloß sich eine lange Leidenszeit an, in der es dem Patienten meist unmöglich war zu arbeiten, und nach 11 Monaten verstarb er. Die Sektion unter Berücksichtigung der genaueren Krankengeschichte ergab folgende Erklärung des Falles. Bei der plötzlichen Körperanstrengung unter der einwirkenden Last war im Anfangsteile der Aorta durch starke Dehnung und Überdruck ein kleiner Teil der Aortenwand eingerissen, und gleichzeitig waren die Ansätze zweier Aortenklappen abgerissen worden. Die entstandene Insuffizienz der Aortenklappen hatte eine akute Insuffizienz und Überdehnung des linken Ventrikels zur Folge. Der hierdurch verminderte Aortendruck konnte ein größeres Aneurysma dissecans nicht zustande bringen, und der Riß konnte bis zu einem gewissen Grade verheilen. Als dann allmählich der Ventrikel hypertrophisch und der Aortendruck sehr hoch wurde, entstand ein großes Dehnungsaneurysma der Aorta ascendens. Mikroskopisch waren nnr ganz geringe Veränderungen in der Aortenwand zu erkennen.

Wir stehen mit dieser Auffassung in einem gewissen Gegensatze zu F. Leppmann, der zu dem Resultate kommt, daß „eine wirklich vollkommen gesunde große Körperschlagader nur durch mächtige Quetschungen des Brustkorbes oder Erschütterungen des Körpers zerreißt.“ In dem Heller'schen und in unserem Falle, wo die Risse durch Anstrengung entstanden sind, glauben wir die sehr geringfügigen mikroskopischen Veränderungen bei der Kritik der Entstehung der Einrisse außer acht lassen zu können. Wir sehen unzählige Menschen mit einer schwer kranken Aorta, denen diese bei den kleinen Kontusionen und Anstrengungen des täglichen Lebens nicht reißt; und wenn wir nun die Ruptur einer ganz wenig veränderten Aorta beobachten, glauben wir das Hauptgewicht bei der Beurteilung von Aortenrupturen auf die Größen der wirkenden Kraft legen zu müssen und geringe Veränderungen der Aortenwand daneben unbeachtet lassen zu können.

Der Fall zeigt ebenso, wie der unsrige, daß durch eine bloße plötzliche körperliche Überanstrengung auch eine im ganzen normale Aorta einreißen kann. Die Art des von Heller geschilderten Unfalles macht eine sehr bedeutende Zerrung an der Aorta unwahrscheinlich und wir müssen die Hauptkraft für die Zerreißung der Aorta in der Erhöhung des Innendruckes derselben sehen, deren physiologische Erklärung nach Bardenheuer wir oben gebracht haben.

Die im Hellerschen Falle den Einriß der Aorta begleitende Zerreißung der Aortenklappen scheint häufiger bei Überanstrengungen vorzukommen, als eine Ruptur der Aorta selbst. Stern zitiert drei derartige Fälle, in denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine direkte Kontusion des Thorax ausgeschlossen werden kann. Diese letztere ist sonst auch bei den traumatischen Klappenrupturen die häufigste Ursache.

Wir haben gesehen, zu welchen erstaunlich schweren Verletzungen plötzliche Überanstrengungen führen können, und solche Überanstrengungen kommen gewiß bei sehr vielen Unfällen, meist als Selbstrettungsversuche vor. Die entstandenen Verletzungen sind dann ohne weiteres als Unfallverletzungen anzuerkennen, da der gesetzlich geforderte ursächliche Zusammenhang mit dem Unfalle besteht.

Außerdem aber können, wie Stern ganz richtig ausführt, „die schädlichen Folgen einer starken körperlichen Anstrengung für sich allein einen „Unfall“ im gesetzlichen Sinne darstellen“. Das Gesetz verlangt in der Definition des Betriebsunfalls ein „zeitlich bestimmbares, in einen verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis bei der Betriebstätigkeit“. Wenn wir also, wie in unserem Falle, als Ursache einer Aortenruptur eine durch den Betrieb geforderte, zeitlich begrenzte, außergewöhnliche Anstrengung haben, können wir diese Verletzung ohne weiteres auf einen „Betriebsunfall“ zurückführen.

Wir haben ferner gesehen, daß mit ganz außerordentlich schweren Verletzungen der Aortenwand gelegentlich ein Weiterleben wohl vereinbar ist, daß große Risse sogar gewissermaßen ausheilen können. Diese auffallende Erscheinung, zusammen mit der anderen, mit der Möglichkeit der Aortenruptur durch Überanstrengungen, dürfte eingehende Beachtung verdienen bei der Begutachtung mancher Aortenerkrankung, sie dürfte namentlich die anamnestischen Erhebungen auf einen Punkt lenken, der zunächst sehr fern liegt und daher leicht übersehen werden könnte; ich hoffe in der Schilderung und Beurteilung dieser durch einfache Überanstrengung hervorgerufenen doppelten Aortenzerreißung einen kleinen Beitrag zur Festigung unserer Kenntnisse in den berührten Fragen gebracht zu haben.

Literatur.

Bardenheuer. Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln. 1904.

Chiari. Über einen Fall von traumatischer Aortenruptur. Prager medizin. Wochenschr. 1886, Nr. 13.

Heller. Deutsches Archiv für klinische Medizin, Band 79, 1904. cropsy, zit. n. Virchows Jahresbericht 1887.

Holmes. Aortic aneurysmal dilatation, rupture, cause and no-

F. Leppmann. Wann sind Zerreißungen der großen Körperschlag ader als Unfallfolgen zu betrachten? Diese Ztg. 1900 Nr. 14.

Petch. A case of complete rupture of the aorta presenting some extraordinary features (Lancet Juli 9. 1898), zit. nach Schmidts Jahrb, Bd. 265.

Stern. Traumatische Entstehung innerer Krankheiten, 1900.

Wasastjerna. Ein Fall von Aortenruptur nach Schlittschuhlaufen bei einem anscheinend gesunden 18jährigen Knaben (Ztschr. f. klin. Medizin, Bd. 49), zit. n. Virchows Jahresbericht 1903.

Verhandlungen d. Deutschen Pathol. Gesellsch. Siebente Tagung 1904. S. 177 ff.

Nachtrag.

Während der Drucklegung der obigen Abhandlung hatte ich bei einer Sektion Gelegenheit, wiederum eine Aortenruptur zu beobachten, die wahrscheinlich ebenfalls durch Anstrengung veranlaßt war. Dieser Fall sei hier noch kurz geschildert. Ausführlicher wird auf denselben mein Chef, Herr Prof. Busse, zurückkommen, dem ich für die Überlassung der beiden Fälle und das ihrer Bearbeitung entgegengebrachte Interesse meinen besten Dank sage.

Es handelt sich in diesem zweiten Falle um eine 87 jährige Frau, die verhältnismäßig rüstig gewesen war und über keinerlei besondere Beschwerden geklagt hatte. Eines Tages wurde sie tot auf dem Klosett aufgefunden. Abgesehen vom Herzen ergab die Sektion nur eine Kyphose der Wirbelsäule und verhältnismäßig geringe Altersveränderungen. Es bestand eine Atheromatose mittleren Grades. Im Herzbeutel fand sich fast $1/2$ Liter flüssigen Blutes. Der Herzmuskel war braun und atrophisch, die Aortenklappen nicht verwachsen. 3 cm oberhalb der linken vorderen Klappe waren Intima und Media der Aorta quer eingerissen. Der Riß war 3 cm lang. Adventitia und Epikard hatten zunächst gehalten und ein Aneurysma dissecans von ganz un-

regelmäßiger Gestalt gebildet. Nach unten reichte es bis dicht an die Klappen, nach oben bis zur Höhe dns Aortenbogens; hinten war das Blut des Aneurysmas auch unter Adventitia und Epikard der A. pulmonalis gedrungen und an deren linker Seite war das Aneurysma an mehreren Stellen in dem Herzbeutel perforiert. Die Aorta ascendens war glatt und weich, die Atheromatose begann erst am Aortenbogen, um nach unten hin allmählich stärker zu werden.

Wir sehen bei diesem Falle, da anamnestisch nichts anderes bekannt ist, die Ursache für die Ruptur der Aorta in einer Erhöhung des Aortendruckes durch die Anstrengungen der Stuhlentleerung. Wir vermissen hier eine Hypertrophie des linken Ventrikels, die uns in unserem Falle eine gewaltige Steigerung des Aortendruckes erklärte; aber wenn wir bedenken, daß wir es mit einer 87jährigen, wenn auch für unser Auge wenig veränderten Aorta zu tun haben, können wir recht gut diesen zweiten Fall neben den ersten stellen und die meisten Erwägungen der obigen Abhandlung auch hier gelten lassen.

Aus der Praxis der Lebensversicherung.

Die Unterschrift der Paralytiker.

Von

Dr. **Leopold Feilchenfeld**-Berlin.

Es ist eine längst bekannte Tatsache, daß die Schrift der Paralytiker häufig erhebliche Störungen darbietet. Erlenmeyer unterscheidet zwei Formen, die psychisch-sensorische (Verlust der Erinnerungsbilder und Bewegungsanschauungen) und die graphisch-mechanische (ataktische in Verbindung mit Zitterschrift). Bisher hat man aber diese Störung nur als ein Symptom unter den zahlreichen der fortgeschrittenen Fälle behandelt. Für die Lebensversicherung erlangt es erst besondere Bedeutung, wenn es als eine frühzeitige Erscheinung zur Beobachtung kommt, namentlich zu einer Zeit, da andere Symptome fehlen. Ich habe zu diesem Zwecke eine große Anzahl von Sterbefällen einer Versicherungsgesellschaft durchgesehen, in denen der Tod infolge von Dementia paralytica nach einer kurzen Versicherungsdauer eingetreten ist. Aus den photographisch aufgenommenen Unterschriften der Versicherten geht, wie ich glaube, zum Teil ganz sicher hervor, daß bereits bei der ärztlichen Untersuchung die Schrift deutliche Zeichen einer paralytischen Erkrankung darbot, ohne daß dies dem Arzte aufgefallen wäre, weil eben andere Symptome fehlten.

Ich gebe zunächst kurz die wichtigsten Daten aus den Versicherungsakten der sämtlich an progressiver Paralyse Verstorbenen.

1 u. 2. Karl Herz, 34 Jahre, Wagenlakierer. Bereits ein Jahr vorher aufgenommen. Letzte Aufnahme am 1. August 1900, † am 31. März 1902. Erkrankte am 30. Dezember 1901, also nach $1^1/_2$ Jahren an Gedächtnisschwäche, ängstlichen Erregungen, Lähmungserscheinungen. Die Pupillen reagierten nicht auf Licht, die Kniephänomene fehlten.

3. Pierre Gachez, 38 Jahre alt, Fleischbeschauer, untersucht am 12. Januar 1904, † am 23. Juli 1904, also nach einer Versicherungsdauer von etwas über 6 Monaten. Bei der Untersuchung wurden außer Blässe und schmächtigem Aussehen keine Zeichen der schweren Erkrankung gefunden. Die Heredität war günstig. Hingegen befand er sich schon im Januar nach später erfolgter Aussage des Kassenarztes in ärzlicher Behandlung und litt am 12. Mai 1904 bereits an Ungleichheit der Pupillen, reflektor. Pupillenstarre, Fehlen der Kniephänomene, Verfall der Intelligenz, Parese der Gesichtsmuskeln. — Der Fall ist im hohen Grade des Betrugs verdächtig.

4. August Spornhauer, 42 Jahre alt, Gestütswärter, aufgenommen bei vollkommen günstigem Befunde am 25. Oktober 1902, † am 26. März 1904. Der Versicherte erkrankte etwa ein Jahr vor seinem Tode an Sprachstörung, Gedächtnisschwäche und lähmungsartigen Erscheinungen. Die Paralyse war also sechs Monate nach der Aufnahme deutlich geworden.

5. Leopold Simke, 41 Jahre, Kaufmann. Günstiger Stat. praes. Gute Heredität. Aufnahme am 1. Juni 1898, † am 6. März 1901. Erkrankung im Juni 1899, also nach einem Jahre an Kopfschmerzen, Gedächtnisschwäche und Abnahme der geistigen Funktionen.

6. Stefan Dvoulety, 37 Jahre alt, Schneidermeister. Aufgenommen bei gutem Befunde am 28. September 1898; † am 5. Juni 1904 nach zweijährigem Kranksein. Der Ausbruch der Paralyse erfolgte also etwa $3^1/_2$ Jahr nach der Aufnahme.

7. Adolf Kernaul, 37 Jahre, Werkmeister. Günstiger Befund. Aufnahme am 15. März 1898, † am 18. Dezember 1801. Beginn der Erkrankung am 10. August 1900. Kopfschmerzen. Schwindel, Sprache teils stockend, teils überhastet, Blick unstät. Patellarreflexe fehlen, Angstzustände. Nachträglich stellte sich heraus, daß der Vater an Paralysis agitans gelitten hatte. eine Schwester an Hysterie und noch andere Fälle von „Nervosität“ in der Familie vorgekommen waren. Beginn des Leidens also nach $2^1/_4$ Jahren.

8. Otto Babich, 37 Jahre, Kaufmann. Guter Stat. praes., gutes hausärztliches Attest. Aufnahme am 30. Januar 1896. † 21. November 1896. Am 29. März 1896 Beginn der Erkrankung; Sprachstörung, verändertes Wesen, Gedächtnisschwäche. Größenideen. Ausbruch des Leidens nach 2 Monaten.

9. Vital Fache, 42 Jahre alt, Kaufmann. Aufgenommen nach günstigem Status praesens am 11. Oktober 1902, † am 9. November 1904. Am 25. November 1902, also einen Monat nach der Aufnahme erlitt er eine Apoplexie und im März 1903 zeigten sich die ersten Symptome der Paralyse.

10. Maximilian Scheden, 44 Jahre, Oberingenieur. Heredität schlecht. Aufnahme am 26. Oktober 1898, † am 27. Juli 1899. Erste Symptome der Paralyse 5 Monate nach Beginn der Versicherung.

11. Simon Schwarz, 48 Jahre, Fruchthändler. Aufnahme am 22. November 1900, † am 30. Oktober 1902, nachdem Anfang Juli die ersten Zeichen der Paralyse beobachtet worden waren, also $1^1/_2$ Jahre nach der Aufnahme.

12. Gustav Schmidt, 38 Jahre, Rentier. Aufnahme am 1. Juni 1896, † am 26. April 1901. Beginn der Krankheit im September 1900; also nach etwa $4^1/_4$ Jahren. Hier war aber die Aufnahme unter ungünstigen Auspizien erfolgt. Eltern früh gestorben. Lues in der Anamnese. Starke Korpulenz; bei 166 cm Größe 103 cm Bauchumfang. Ferner fehlten die Kniephänomene, angeblich, weil die Spannung so groß wäre.

13. Julius Katz, 45 Jahre, Kaufmann. Aufnahme am 15. April 1899, † am 11. November 1902. Heredität ungünstig. Lues. Vorzeitig gealtertes Aussehen. Nach 2 Jahren beginnt die Paralyse.

14. Carl Heckel, 30 Jahre, Hotelier. Aufnahme am 1. Mai 1901. Erkrankung im Mai 1902, also nach einem Jahre, † am 12. August 1904. Nachträglich wurde angegeben, daß Versicherter an Nervosität gelitten hätte und an Syphilis, wie an einer schweren Gehirnerschütterung. Die Erscheinungen bestanden in Sprachstörung, Störung der Schrift, Verfolgungsideen und Zerstreutheit.

15. Ignatz Orawski, 34 Jahre, Spediteur. Aufnahme am 1. Februar 1899, † am 8. Januar 1900. Heredität ungünstig. Stat. praes. gut. Am 18. Dezember 1899 in die Irrenanstalt

gebracht, nachdem sich schon „seit längerer Zeit" Sprachstörungen und Lähmungserscheinungen gezeigt hatten. Also Beginn des Leidens etwa 6 Monate nach Eintritt in die Versicherung.

16. Gottfried Drebes, 34 Jahre alt, Spengler. Vater an Schlaganfall gestorben. Anamnestisch werden rheumatische Schmerzen angegeben. Aufnahme am 15. August 1897, † am 18. November 1903. Vom Oktober 1902 an wegen Rheumatismus und Sprachstörung behandelt, an die sich bald Lähmungen im Gesicht anschlossen. Also 5 Jahre liegen zwischen Aufnahme und Ausbruch der Dementia paralytica.

Wenn wir die 18 Unterschriften betrachten, so wird man ohne Zwang bei 7 Unterschriften die deutlichen Merkmale der paralytischen Schrift feststellen können. Freilich wird man in jedem einzelnen Falle Bedenken haben, aus der Schrift allein das Urteil zu fällen. Denn bei Neurasthenikern bei Alkoholikern und bei ungebildeten Menschen kann wohl auch die Schrift etwas Zittriges, Ungenaues, Ungleichmäßiges haben. Gleichwohl hätten sicher die Unterschriften der sieben Versicherten den Arzt bedenklich machen müssen. Namentlich bei Herz ist der Unterschied gegen das vorige Jahr auffallend, wo die Schrift noch voll-

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

10.

11.

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18.

17. August Peter, 34 Jahre, Tischlermeister. Aufgenommen am 15. November 1897, † am 10. Mai 1901. Er wurde wegen Lähmungen, Sprachstörungen, Delirien, Größenwahn am 7. September 1900 in eine Irrenheilanstalt gebracht. Also Ausbruch der Paralyse nach 3 Jahren.

18. Gustav Upmeyer, 34 Jahre, Landwirt. Aufnahme am 1. Oktober 1898, † am 20. Dezember 1901. Erkrankt nach $2\frac{1}{2}$ Jahren an Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche. Der Vater war an einer Geisteskrankheit gestorben und er selbst hatte zweimal Ohnmachtsanfälle vor der Aufnahme gehabt, angeblich infolge von Aufregungen.

kommen einwandfrei gewesen war. Bei der letzten Untersuchung (2) fällt das veränderte a, das unleserliche H und das ineinander geschriebene rz besonders auf. Pierre Gacher (3) ist ein Beweis einer so offenbaren Paralyse, daß man mit Recht an eine Täuschung denken kann. Charakteristisch sind hier die undeutlichen Buchstaben, das Ineinanderschreiben, die zickzackartigen Konturen der Schrift, das Fortlassen des I-Punktes. Im dritten Falle August Spornhauer (4) könnte man den Beruf, Gestütswärter, als Milderungsgrund anführen, um die schlechte Handschrift zu erklären. Aber die Schriftzeichen haben doch zu sehr die Merkmale des Paralytischen. Wieder die zittrige

Linienführung. Das Ineinanderschreiben (aner), das Auseinanderzerren der Buchstaben, die Ungleichheit der Größe bei den einzelnen Buchstaben; das eine u ist größer als das andere. Das letzte hat sogar trotz der lateinischen Schrift ein U-Zeichen. Das S ist zum Teil unter der Linie. Bei Fall 4 (5. Unterschrift) mag wieder mancher skeptisch sein, weil der Hauptname gut geschrieben ist. Aber hier wurde besonders bei Betrachtung früherer, sehr elegant geschriebener Unterschriften der Unterschied deutlich. Der Vorname ist zweifellos zackig und unsicher geschrieben und hätte dem untersuchenden Arzte auffallen müssen. Der 5. Fall (7. Unterschrift) berifft Adolf Kernaul· Obgleich noch $2^1/_4$ Jahr vergingen, ehe die Paralyse nach der Aufnahme erkannt wurde, so glaube ich doch, daß hier schon charakteristische Anzeichen in der Schrift zu erkennen sind. Das Zittrige ist nicht so deutlich ausgesprochen, aber immerhin z. B. bei dem f und K vorhanden. Das d ist in das t ganz hineingeschrieben, die einzelnen Buchstaben sind mehrfach von einander getrennt; das a im Vatersnamen ist offen und sieht wie ein u aus. Dazu ist der Mann Baumeister, dürfte also früher eine bessere Handschrift gehabt haben.

Otto Babich, 6. Fall und 8. Unterschrift zeigt zweifellos Zeichen der Paralyse. Die Buchstaben stehen nicht in einer geraden Linie, sind auffallend auseinandergerissen, ungleichmäßig groß; z. B. das ch viel kleiner im Verhältnis, als die vorherstehenden Buchstaben. Ferner fällt es auf, daß das Doppel-T nur einmal den T-Strich hat. Auch der 7. Fall (9. Unterschrift) muß als eine paralytische Schrift angesehen werden. Das Zittrige ist bei dem V und F auffallend. Besonders charakteristisch erscheint mir wieder die Auseinanderzerrung der wenigen Buchstaben, so daß das a völlig isoliert dasteht.

Was die übrigen Unterschriften anbetrifft, so möchte ich nicht behaupten, daß man ohne weiteres aus ihnen auf die später aufgetretene Paralyse hätte schließen können. Etwas Bestimmtes kann man ihnen nicht entnehmen, ohne allzusehr seine Phantasie spielen zu lassen. Immerhin sind einige Veränderungen auffallend. Dvoulety (6. Unterschrift) ist ein Schneidermeister, der das Recht hat, schlecht zu schreiben. Aber das schräge Ineinanderschreiben, die Unsicherheit der Balanzierung dürfte bereits verdächtig sein. Fall 15 (16. Unterschrift) ist ein 34 Jahre alter Spengler. Warum läßt er bei seinem Vornamen das i aus und macht bei dem d einen plötzlichen Bogen? Hinter dem ersten e seines Vaternamens macht er Halt und das große D macht aucht auch einen etwas mißglückten Eindruck. Fall 16 (17. Unterschrift) August Peter isoliert auch das erste e in Peter vollständig, wirft das t fast ganz schief hin, schreibt in August das zweite u ganz mit dem s zusammen oder läßt vielleicht das s aus. Auch das wie ein y aussehende g kommt mir verdächtig vor. Im 17. Fall (18. Unterschrift) fällt mir die Trennung des Namens in zwei Teile Up meyer auf. Sonst zeigt die recht ausgeschriebene Handschrift nichts Abnormes. Bemerkenswert scheint mir noch die 12. Unterschrift, die von dem Rentier Gustav Schmidt stammt, nicht weil aus ihr Anzeichen der Paralyse zu erkennen wären, sondern, weil bei der am 1. Juni 1896 vorgenommenen Untersuchung die Kniephänomene bereits fehlten (angeblich wegen Spannung der Oberschenkel). Auch bei Orawski (15), der eine auffallend schöne Handschrift besaß, was besonders aus früheren Unterschriften hervorgeht, ist die undeutliche Schrift des Vornamens, vor allem die Kleinheit und Ungleichheit der Buchstaben bemerkenswert. Die übrigen Fälle (10., 11., 13., 14. Unterschrift) dürfte niemand aus der Schrift als künftige Paralytiker diagnotizieren.

Wenn wir die Fälle jetzt nach der Zeit zusammenstellen, die zwischen Aufnahme in die Versicherung und Ausbruch der Paralyse lag, so erhalten wir folgende Reihe: 1. Gachez (in 2 Wochen?), 2. Fache (1 Monat), 3. Babich (2 Monate), 4. Scheden (5 Monate), 5. Sponhauer (6 Monate), 6. Orawski (6 Monate), 7. Simke (1 Jahr), 8. Heckel (1 Jahr), 9. Herz ($1^1/_2$ Jahr), 10. Schwarz ($1^1/_2$ Jahr), 11. Katz (2 Jahre), 12. Kernaul ($2^1/_4$ Jahre), 13. Upmeyer ($2^1/_2$ Jahre), 14. Peter (3 Jahre). 15. Dvoulety ($3^1/_2$ Jahre), 16. Schmidt ($4^1/_2$ Jahre), 17. Drebes (5 Jahre).

Die Zusammenstellung obiger 17 Fälle dürfte beweisen, daß häufig schon frühzeitig in der Schrift Zeichen der beginnenden Paralyse zu beobachten sind, auf die der Vertrauensarzt der Lebensversicherungsgesellschaften ebenso sorgfältig zu achten hat, wie auf alle anderen Symptome. Ich glaube, daß alle Erscheinungsformen der paralystischen Schrift durch die Erlenmeyersche Bezeichnung zusammengefaßt werden. Man wird den größten Wert darauf legen müssen, ob zittrig, unsicher ungleichmäßig, bald über, bald unter der Linie, ineinandergeschrieben wird und mit verschieden großen Buchstaben. Das gehörte alles in die ataktische Form. Ferner hat man das Fehlen von Buchstaben, die vollständige Veränderung der Buchstaben zu beachten. Das wäre die psychisch-sensorische Form. Man sollte in dem vertrauensärztlichen Atteste die Frage an den untersuchenden Arzt richten, ob er eine Veränderung an der Schrift wahrgenommen hat. Man sollte sich aber nicht damit begnügen. die Unterschrift des Namens allein zu verlangen. Der Name wird von jeder Person so häufig geschrieben, daß selbst bei nahe bevorstehender Erkrankung noch die gute Ausführung der Unterschrift gelingt. Anders wäre es, wenn man noch die Straße und Nummer der Wohnung hinzufügen ließe und die Angabe des Berufes. Dabei würde man gewiß eher eine Störung entdecken, bevor noch andere Symptome die Diagnose zweifellos machen.

Ein Fall von Morphiumvergiftung bei einem einjährigen Kinde, durch Einspritzung von Atropin geheilt.

Von

Dr. P. Sliwinski-Chorzow O.-Schl.

In der Nacht vom 27. zum 28. Februar cr. wurde ich gegen $1^1/_2$ Uhr zu dem Kinde B. gerufen. Die Mutter, welche zwei Pulverschachteln in der Hand hatte, machte die Angabe, sie habe am Abend gegen 7 Uhr versehentlich dem Kinde ein falsches Pulver gegeben. Obwohl die Frau ihren verhängnisvollen Irrtum bald an dem Zustande des Knaben sah, zögerte sie doch törichterweise stundenlang, bis sie ärztliche Hilfe aufsuchte, welche glücklicherweise schließlich nicht zu spät kam. Das Kind hatte nämlich kürzlich wegen Verdauungsstörung einige Kalomelpulver von mir verordnet bekommen, und die Mutter besaß in einer zweiten Schachtel Morphiumpulver (0,02 pro dosi), welche sie für eigenen Bedarf gegen Anfälle von Gallensteinkolik zur Hand hatte. — Der Junge erhielt nun statt seines Kalomel 0,02 Morphium, und als ich ihn nachts, also etwa sechs Stunden später sah, fand ich alle Erscheinungen einer schweren Morphiumvergiftung: Somnolenz, ganz enge starre Pupillen, schwacher, kaum fühlbarer Puls, sehr oberflächliche Atmung, allgemeine Parese mit Anästhesie.

Von einer Magenausspülung sah ich mit Rücksicht auf den seit Einverleibung des Giftes verstrichenen Zeitraum ab und nahm Atropin, wie es mir als Lösung (0,1 : 10,0) gerade zur Hand war. Von dieser Lösung spritzte ich dem Kinde 3 Teilstriche einer Pravazspritze subkutan ein, also 0,003 Atrop. sulf.! Bei der Größe der Morphiumdosis, welche das Kind in sich hatte, und der bedrohlichen Erscheinungen wegen ging ich mit Absicht über die übliche Atropinmenge hinaus und den prompten Erfolg glaube ich nur dieser Dosis zuschreiben zu dürfen. — Zwar verordnete ich nachher noch für innerlichen Gebrauch eine

dünne Kal. permanganic.-Lösung, doch tat wohl das Atropin allein seine Schuldigkeit.

Der kleine Patient, ein sonst gut entwickeltes Brustkind, nahezu ein Jahr alt, war am Morgen bereits munter; die Pupillen blieben etwa zwei Tage lang mäßig erweitert.

Sollte so ein Fall nicht Anregung geben, in dem Aussehen der vom Apotheker für Pulver verwendeten Pappkästchen einen auffälligen Unterschied zwischen Medikamenten für Erwachsene und Kinder eintreten zu lassen?

Referate.

Allgemeines.

Recherches experimentales sur la pathogenie de la mort par brulure.

Par Dr. Eugène Stockis-Liège.

(Travail de l'Institut de médicine légale de l'Université de Liège)

Um über das Wesen des Verbrennungstodes, dessen bisherige Erklärungsversuche in historischer Form kurz skizziert werden, nähere Aufschlüsse zu erlangen, hat Stockis eine größere Reihe von Tierversuchen angestellt. Die Versuche wurden meistenteils an Hunden vorgenommen. Die Verbrennung geschah durch Begießen eines Teiles der Körperoberfläche, in der Regel der Hinterpfoten und des Bauches, mit kochendem Wasser. Da es notwendig war, die Wirkung des Schmerzgefühls nicht auszuschalten, wurden die meisten Experimente ohne Anwendung eines Anaestheticums gemacht. St. gibt zuerst einige graphische Darstellungen der Störungen in der Zirkulation und Respiration unmittelbar nach der Verbrennung und beschreibt dann die Veränderungen in der Funktion des verlängerten Markes. Sehr eingehend werden die Ernährungsstörungen bei den Verbrannten behandelt und genaue Untersuchungen über den Stoffwechsel, Gasaustausch sowie kalorimetrische Versuche mitgeteilt. Ein besonderes Kapitel ist den Blutuntersuchungen bei den Verbrannten gewidmet. Die physikalischen Eigenschaften des Blutes, seine Koagulationsfähigkeit, Gasgehalt und Giftigkeit, sowie die Giftigkeit der Gewebe finden Berücksichtigung. Das Resultat der sehr gut durchdachten und sorgfältig ausgeführten Untersuchungen läßt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Es gibt keine einheitliche Ursache für den Verbrennungstod. Man muß unterscheiden zwischen den Ursachen, welche den sofortigen plötzlichen Tod bei Verbrennungen hervorrufen und den Ursachen, welche die sekundären Erscheinungen bewirken.

Der Tod kann eintreten einzig und allein durch den Shock, welcher durch das Übermaß von Schmerz tötet.

Wird das Leben eine etwas längere Zeit erhalten, so entwickeln sich in den nervösen Zentren, besonders im verlängerten Mark eine allmählich zunehmende funktionelle Schwäche, welche hauptsächlich hervorgerufen wird durch die Reizung der Nervenendigungen bei der Verbrennung und daher um so größer ist, je größer der Ausdehnungsbezirk der Verbrennung war. Dieser langsame Shock kennzeichnet sich durch eine zunehmende Abnahme der Tätigkeit der sensiblen und motorischen Zentren, von deren Tätigkeit die wichtigsten Lebensfunktionen abhängen und kann daher die direkte und ausschließliche Todesursache bilden. Ist dieser Shock weniger intensiv, so versetzt er den Organismus in einen Zustand geringerer Widerstandsfähigkeit gegen andere krankhafte Einflüsse, die auch mit der Verbrennung zusammenhängen, z. B. die bakterielle Infektion der verbrannten Teile. Wichtig ist ferner noch die Rolle, welche die Blutveränderungen spielen und die im wesentlichen darin bestehen, daß das Hämoglobin die Fähigkeit, Sauerstoff an sich zu binden, verliert. Die Hypothese einer Ptomainvergiftung als Todesursache bei Verbrennungen findet durch die Untersuchungen des Verf. keine Unterstützung. J. Meyer-Lübeck.

Recherches sur la Mort par Submersion

par le Dr. G. Corin.

(Travaux de l'Institute de méd. leg. de l'Universi é de Liège 1898—1903.)

Der plötzliche Tod im Wasser entsteht entweder durch plötzlichen Stillstand des Herzens oder der Atmung. Letztere kann sowohl in Exspirations- wie in Inspirationsstellung plötzlich anhalten. Gibt man einem Tier eine Dosis Chloral, geeignet um die Erregbarkeit des Atemzentrums herabzusetzen, so hört beim Eintauchen in Wasser die Atmung allmählich ohne Kampf in Inspirationsstellung auf und man findet bei der Sektion die Luftwege mit Wasser gefüllt, wie beim gewöhnlichen Tode durch Ertrinken. Macht man hingegen gleichzeitig eine Injektion von Chloral und Strychnin und erhöht dadurch die Reizbarkeit der Meduclarzentren, so tritt beim Eintauchen in Wasser meist plötzlicher Stillstand der Atmung in der Exspiration ein und man findet dann die Luftwege trocken. Dieser beim Tiere künstlich erzeugte Zustand entspricht dem Zustande, welchen wir beim Menschen als reizbare Schwäche des Nervensystems bezeichnen. Man sieht daher solche Todesfälle am Shock am leichtesten bei Menschen, die im Zustande der Trunkenheit oder starker Aufregung oder Gehirnerschütterung ins Wasser fallen.

Der Shock bei primärem Herzstillstand tritt meist durch Vagusreizung ein. Auch hier findet man die Atemwege frei von Wasser.

Die Leichen der im Wasser Ertrunkenen pflegen sich im allgemeinen bedeutend schneller zu zersetzen als bei anderen Todesursachen. Man erklärt dies aus folgendem Umstand:

Man nimmt an, daß die Leichenfäulnis hervorgerufen wird durch die Bakterien des Darms, welche in der Agone und bald nach dem Tode die Darmwand passieren und in die Organe eindringen. Bei den im Wasser Ertrunkenen findet eine ebensolche Aussaat von Bakterien auch durch die Schleimhaut der Luftwege statt, da das Wasser ja meistens eine große Anzahl von Fäulniserregern enthalten wird.

Eine Bestätigung findet diese Theorie durch den Umstand, daß die Zersetzung der Leichen von plötzlich im Wasser Verstorbenen nicht schneller vor sich zu gehen pflegt wie bei anderen Leichen, weil bei ihnen, wie vorher erwähnt, die Atemwege meist frei von Wasser befunden werden.

J. Meyer-Lübeck.

La mort par inhibition laryngée.

Von P. Brouardel.

(Ann. d'hyg. publ. 1904 II.)

Brouardel liefert einen interessanten Beitrag zur Lehre vom Tod durch Kehlkopfchoc (Inhibition laryngée). Im Verlaufe einer Unterhaltung fährt ein Mann seiner Freundin, um sie zurückzustoßen, mit der Hand gegen den Hals. Die Freundin fällt um und ist bald tot. Die Erwürgung, also die eigentliche gewaltsame Erstickung, sagt Brouardel, hinterläßt ihre Spuren, Würgespuren in der Haut, Blutungen in das Unterhautzellgewebe, das gewürgte Individuum wehrt sich, Zeichen des Kampfes bleiben zurück; eine vorhergehende Gewalt, die zu einer wehrlos machenden Hirnerschütterung hätte führen können, lag nicht vor. Nichts von all den Spuren, welche die Erwürgung zurückläßt, fand sich in dem beschriebenen Falle vor; nur die Zeichen eines „leichten Druckes" sind am Vorderhalse erkennbar. Der Tod ist eingetreten „par arrêt brusque des mouvements du cœur et de la respiration". Weitere Bei-

spiele aus früherer Erfahrung illustrieren den Tod durch Kehlkopfchoc. Die Behauptung eines anderen Sachverständigen, die vorgefundenen subpleuralen Ecchymosen, die Hyperämie der Lungen und das subpleurale Emphysem seien beweisend für die gewaltsame Erstickung, weist Brouardel mit Recht zurück.

Marx-Berlin.

Ein sehr seltener Fall von gewaltsamer Erstickung bei Erwachsenen.

Von Kreisarzt Dr. Tröger-Adelnau.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte. 1904 Nr. 21.)

Tröger obduzierte eine alte Frau, die von der eigenen Tochter durch Zuhalten von Mund und Nase ohne vorherige Betäubung getötet war. In der Umgebung des Mundes und der Nase fanden sich Druckmarken aller Stadien, ferner zwei trockene braune Druckmarken auf dem rechten Ohr, offenbar durch Abgleiten einer Hand bei Abwehrbewegungen entstanden. Der linke Arm der Erstickten war gewaltsam herabgedrückt worden; dementsprechend fand sich am linken Ellenbogen eine fünfmarkstückgroße Hautabschürfung und darunter ein Bluterguß, sowie an sämtlichen Fingern auf der Streckseite kleine Defekte der Oberhaut.

Lehfeldt.

Ein sicheres Zeichen davon, daß ein Mensch lebend im Feuer bzw. Rauch umgekommen ist.

Von Dr. Coester, Bunzlau.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin Jahrgang 1905. Heft 1 S. 28.)

Man kann durch den mikroskopischen Befund an den Lungen nachweisen, ob jemand lebend oder tot verbrannt oder zu verbrennen oder zu ersticken versucht worden ist. Hat das Individuum gelebt, so findet sich bis in die feinsten Bronchien hinein ein Belag von Ruß. Dieser Ruß ist auch noch nach Tagen nicht verschwunden und kann nachgewiesen werden, wenn der Tod erst später eintritt.

War der Tod bereits vor dem Verbrennen eingetreten, so findet man diesen Rußbelag nicht vor.

Differentialdiagnostisch ist hervorzuheben, daß nur dann Zweifel über das mikroskopische Bild entstehen können, wenn die Lungen einem Individuum angehört haben, welches durch seinen Beruf genötigt gewesen ist, Rauch oder Kohlenstaub jahrelang einzuatmen, also Bergleute, Kohlenbrenner etc. Dann findet man die Alveolarsepta mit Kohlenpartikelchen durchsetzt. Aber nie findet man den mehr oder weniger zarten Anflug von Ruß in den feineren Verweigungen der Luftröhre.

J. Meyer. Lübeck.

Zur Frage des Nachweises individueller Blutdifferenzen.

Von Dr. Weichard, Berlin.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1905. Heft 1 S. 19)

W. stellte sich die Frage ob Differenzen von Eiweißarten desselben Individuums- (Syncytialzellen und Bluteiweiß) sowie Differenzen des Blutes nahestehender Gattungen (Mensch und Affe), ja vielleicht sogar von Individuen derselben Spezies vorhanden sind. Im Verlaufe der Untersuchungen stellte es sich heraus, daß bei genauer Berücksichtigung der quantitativen Verhältnisse und bei genau derselben Behandlungs- und Aufbewahrungsart gleichzeitig entnommener Blutproben deutlich Unterschiede der Reaktion eintreten, so deutlich, daß sie von Unbeteiligten bestätigt und mittelst der Photographie fixiert werden konnten. Diese individuellen Blut- und Eiweißdifferenzen sind nachweisbar mit Hilfe hoch spezifischer, d. h. mittelst der Präzipitinabsorption von gewissen heterologen Bestandteilen befreiter Diagnosensera.

In der forensischen Praxis liegen freilich die Verhältnisse wesentlich ungünstiger, wie bei Feststellung von Differenzen von Blut und Eiweißarten bekannter Provenienz und genau der gleichen Aufbewahrungsart. Doch kommen ja auch günstige forensische Fälle vor mit genügendem Untersuchungsmaterial. dem eine einwandfreie Behandlung zuteil geworden ist. Dann sind Schlüsse bei positivem Ausfalle der Präzipitinreaktion wohl erlaubt.

J. Meyer, Lübeck.

De la Cryoskopie comme moyen de determiner la date de la mort.

Par G. Corin.

(Travail de l'Institut de Médécine légale de l'Université de Liège. 1903)

Wenn wir die Leichenzersetzung vom chemischen Gesichtspunkte aus betrachten. so sehen wir, daß sie in der Hauptsache. in der Zersetzung des Eiweißmoleküls besteht, welches sich in eine Reihe der verschiedensten Molekeln zerlegt, deren gemeinsame Eigentümlichkeit darin besteht, ein viel geringeres Molekulargewicht wie das Eiweiß zu haben. Die Zersetzung einer organischen Flüssigkeit charakterisiert sich also hauptsächlich dadurch, daß ihre Molekularbestandteile um so zahlreicher sind, je weiter vorgeschritten die Fäulnis ist. Auf diese Tatsache gestützt hat Revenstorf in Hamburg kürzlich ein neues Verfahren angegeben, um die seit dem Tode verflossene Zeit durch die Leichenuntersuchung zu bestimmen. Das Verfahren besteht in einer Bestimmung des Gefrierpunktes der verschiedenen Körperflüssigkeiten. Der Gefrierpunkt einer Flüssigkeit ist um so niedriger je beträchtlicher die Zahl der in ihr enthaltenen Moleküle ist. Der Gefrierpunkt des dem lebenden Menschen entnommenen Blutes liegt bei 0,57 Grad. Sobald die Fäulnis beginnt, zerlegen sich die Eiweißmoleküle und mit der Vermehrung der Zahl der Moleküle beginnt das Sinken des Gefrierpunktes. Revenstorf hat diese Vorgänge genau experimentell untersucht und kommt zu folgenden Schlüssen.

Vom Moment des Todes an sinkt der Gefrierpunkt der organischen Flüssigkeiten in steigendem Maße. Die Geschwindigkeit dieses Sinkens ist bei den verschiedenen Körperflüssigkeiten verschieden. Sie hängt ab von der Art und Größe des Organs und von der Menge der in ihm enthaltenen Flüssigkeit. Die Gefrierspunkterniedrigung ist durch die äußere Temperatur in demselben Sinne beeinflußt wie die Fäulnis. Der Gefrierpunkt kann daher als eine objektiv genaue Gradbezeichnung der Fäulnis angesehen werden. Bei niedrigen Temperaturen (6—14 Grad) sinkt der Gefrierpunkt mit fast absoluter Regelmäßigkeit. Wenn hohe Temperaturen auf niedrige folgen, sinkt der Gefrierpunkt schneller und umgekehrt.

Wenn man den Gefrierpunkt einer Körperflüssigkeit bestimmt zur Zeit der Auffindung einer Leiche und die Bestimmung 24 Stunden später wiederholt, kann man leicht den Zeitpunkt des Todes bestimmen, d. h. den Zeitpunkt wo der Gefrierpunkt bei 0,57 lag, indem man die Differenz zwischen der ersten Zahl und 0,57, dividiert durch die Differenz der beiden gefundenen Gefrierpunkte.

In drei von Revenstorf angegebenen Fällen gab seine Untersuchung als Zeit, die seit dem Tode verstrichen war. $15\frac{1}{2}$ bzw. 99 Stunden bzw. 15,8 Tage, während die wirklichen Zahlen waren $16\frac{3}{4}$, 91, 16. Solche ungemein günstigen Resultate. die für die gerichtliche Medizin den größten Wert haben, lassen sich aber nur unter sehr günstigen äußeren Bedingungen erwarten. Bei den Versuchen Rev.s handelte es sich um im Wasser Ertrunkene. deren Leichen ruhig in der Morgue gelegen hatten. Verf. hatte zwei ähnliche Versuche gemacht bei Leichen. die freilich zwischen den beiden Probeentnahmen von Blut einem längeren Transport ausgesetzt waren. Seine Versuche gaben ein Resultat für die zwischen dem Tode und der Untersuchung verstrichene Zeit, welches mit der Wirklichkeit durchaus nicht übereinstimmte.

J. Meyer-Lübeck.

Sur la Valeur Medico-légale des cristaux de Florence

par le Dr. L. Duquenne.

(Travail de l'Institute de Medicine légale de l'Université de Liége.)

Professor Florence aus Lyon gibt eine mikrochemische Reaktion des Sperma an, welche in Bildung von Kristallen besteht, die den Häminkristallen täuschend ähnlich sehen und entstehen nach Zusatz einer Lösung von 1,65 Jodkali 2,54 Jod auf 30 g Wasser. Nach Florences Ansicht gibt diese Reaktion die Möglichkeit, Wäscheflecke in spermahaltige und nichtspermahaltige zu unterscheiden. Findet man diese Kristalle, so kann man sicher darauf rechnen, auch Spermatozoen zu finden, im ungekehrten Falle aber nicht.

D. kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Resultat, daß diese Reaktion verschwindet, wenn man die Flecke mit Alkohol, Äther oder auch Seifenwasser wäscht. Die Reaktion ist auch nicht charakteristisch für Sperma. Eine ganze Reihe von Körpern geben dieselbe Reaktion z. B. Atropinum sulfuricum, Tinct. Chantarid. Pyridin etc.

Auch mit Prostatasekret ist sie zu erreichen. Andererseits fällt sie auch in seltenen Fällen bei sicheren Spermaflecken negativ aus. J. Meyer-Lübeck.

Sur la Valeur Medico-légale de la Docimasie hepatique

par le Dr. Corbey.

(Travail de l'Institute Medico-légale de l'Universi é de Liége 1901.)

Nach den Untersuchungen von Lacassagne, Martin und Colomb hat man angenommen, daß der Zucker aus der Leber verschwindet nach einem nicht allzu kurzen Todeskampfe. Der Nachweis von Zucker in der Leber könne daher zum Beweise dienen, daß der Tod mehr oder weniger plötzlich eingetreten ist. Nach den Untersuchungen C.s, der es für notwendig erachtet, bei jeder gerichtlichen Sektion den Zuckergehalt der Leber festzustellen, kann man indessen sich nicht immer mit Sicherheit auf diesen Schluß verlassen. Er berichtet über einige Fälle von plötzlichem Tod, wo die Untersuchung keine Spur von Zucker in der Leber ergab und ebenso über Fälle, wo der Tod nach langem Siechtum eintrat und doch die Zuckerprobe positiv ausfiel. J. Meyer-Lübeck.

Über die Zerstörung von organischen Substanzen bei gerichtlich-chemischen Analysen.

Von Prof Dr. A. Grigorjew-Warschau.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1905. Heft 1, S. 74.).

Wegen der großen Vorteile, die die Bestimmung mineralischer Gifte in einer völlig oxydierten und von organischen Substanzen freien Flüssigkeit mit sich bringt, unterwarf Verfasser die Methoden der Schwefelsäurezerstörung organischer Substanzen einer besonderen Prüfung und gelangte dabei zu dem Resultat, ein Verfahren zu finden, das alle bei Vergiftungen am häufigsten angewandten mineralischen Gifte zu bestimmen gestattet und dabei vor den Methoden anderer Forscher den Vorzug großer Einfachheit und Bequemlichkeit darbietet.

Der Gang der Analyse ist folgender:

Die zerkleinerten und getrockneten Eingeweide, meist 10 g an Gewicht, werden in einer Porzellanschale mit dem 10fachen Volumen konzentrierter Schwefelsäure übergossen und vorsichtig schwach erwärmt, dann erhitzt. Nach vollkommener Verflüssigung der Masse läßt man sie erkalten und setzt 10 ccm rauchende Salpetersäure von 1,52 spezifischem Gewicht hinzu und digeriert von neuem. Dann setzt man noch einige Male je 10 ccm rauchende Salpetersäure zu, wobei die Flüssigkeit im Kolben zu lebhaftem Kochen gebracht wird, bis keine rotbraunen, salpetrigsauren Dämpfe aufsteigen. Nun klärt sich die Flüssigkeit allmählich und färbt sich hellgelb. Die Oxydation kann als abgeschlossen gelten, wenn die Oxydationsflüssigkeit keine rotbraunen salpetrigsauren Dämpfe mehr ausscheidet und nach dem Erkalten ihre blaßgelbe Farbe mit dem klaren Aussehen des Wassers vertauscht.

Die Flüssigkeit wird nun mit 3—5 Teilen Wasser verdünnt und bis zur vollen Ausscheidung der salpetrigsauren Dämpfe digeriert, darauf nochmals mit Wasser verdünnt, bis der Schwefelsäuregehalt 1 : 30 erreicht ist und dann 12—18 Stunden lang Schwefelwasserstoff durchgeleitet, dann verkorkt und 24 Stunden stehen gelassen.

Sind minimale Mengen mineralischer Gifte in den organischen Geweben vorhanden, dann bilden sich in der farblosen, durchsichtigen Oxydationsflüssigkeit nach 24 Stunden Niederschläge von Schwefelmetallen mit der für jedes einzelne derselben charakteristischen Färbung. J. Meyer, Lübeck.

Sur la Presence dans les Tissus des Cadavres de volumineux cristaux de phosphatea moniak-magnesien.

Von Dr. Corin.

(Travaux de l'Institut de Medicin légale de l'Université de Liége 1898—1903 S. 3.)

C. fand in den Leichen von vier Kindern, welche bei einer Kostfrau 4—5 Monate vor der Autopsie unter verdächtigen Umständen gestorben waren, in der Schleimhaut des Pharynx, des Zungengrundes, Larynx, Trachea, der größeren Bronchien, der Speiseröhre und des Magens farblose, kristallinische Körper von 2 bis 3 mm Länge. Sie waren fest in die Schleimhaut eingebettet und machten zuerst den Eindruck von Glassplittern. Bei der näheren Untersuchung zeigte es sich, daß es sich um Kristalle von phosphorsaurer Ammoniakmagnesia handelte, welche in der charakteristischen Form der Sargdeckel kristallisiert waren. Die Kristallbildung war nur an solchen Schleimhautstellen des Körpers aufgetreten, welche äußeren Einflüssen zugänglich waren. Begünstigt war die Bildung durch starke Feuchtigkeit des Bodens. Die Sektion ergab als Todesursache in allen Fällen weit vorgeschrittene Tuberkulose.

Der Befund ist insofern interessant als pulverisiertes Glas nicht selten zu Vergiftungszwecken bei Kindern benutzt wird und die Kristalle bei oberflächlicher Untersuchung leicht Glassplitter vortäuschen konnten. J. Meyer, Lübeck.

Über Zwitterbildung.

Von Swoboda.

(Münch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 27. Nach dem eigenen Bericht desselben aus den Wiener medizin. Gesellschaften.)

In der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien hat Swoboda ein einjähriges Kind mit Zwitterbildung vorgestellt. Zur Zeit spricht bei dem genau beschriebenen Befunde schon wegen der größeren Häufigkeit die Wahrscheinlichkeit dafür, daß es ein Knabe ist. Ob aus der wahrscheinlichen Diagnose im Leben jemals eine sichere wird, ist fraglich: die eventuell hilfreichen sekundären Geschlechtscharaktere können ausbleiben; durch Sektion als männlich erwiesene Hermaphroditen haben Menstruation gehabt; die Spermaejakulation kann bei ihnen fehlen. Eine konservative diagnostische Operation, die bei gleichzeitig vorhandener männlicher und weiblicher Geschlechtsdrüse auch nicht immer sichere Resultate gibt, hält S. in frühem Kindesalter noch nicht für angezeigt. Er rät im Hinblick auf die größere Häufigkeit und auf die sozialen Vorteile, solche Individuen als Knaben zu erziehen und fordert für die Hermaphroditen, deren Geschlecht bis zum Tode unbestimmbar bleibt, die gesetzliche Anerkennung von Personen mit unbestimmtem Geschlecht. Die früher durch preußisches Landesgesetz gegebene Möglichkeit der Selbstentscheidung des Zwitters für ein Geschlecht sei gerechter als die jetzige Gefahr der Zuteilung zum anderen Geschlecht auf Grund neuerlicher ärztlicher Untersuchung.

Ziegenhagen-Danzig.

Über Konservierung von Organen und Organinhalt zu nachträglicher mikroskopischer und chemischer Untersuchung.

Von Prof. Dr. A. Grigorjew.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1905. Heft 1 S. 79.)

Gr. empfiehlt zur Konservierung 10% käufliches Formalin (4% Formaldehyd). Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu dem Schluß, daß in den mit Formalin gehärteten Organen sich sämtliche in der Vergiftungspraxis am häufigsten vorkommenden Gifte mit alleiniger Ausnahme des Alkohols bestimmen lassen, und daß das Formalin, wie es die Gewebe zu mikroskopischen Zwecken gut konserviert, gleichzeitig auch die Gifte erhält und somit eine Untersuchung derselben in unversehrter, nicht verunreinigter Form gestattet.

Die Organe sind, ehe sie in die Formalinlösung kommen, an mehreren Stellen mit Einschnitten zu versehen, damit das Mittel besser eindringt. Es genügt, daß die Organe zur Hälfte in die Flüssigkeit eintauchen. Da käufliches Formalin chemisch unrein sein kann, hat man den Gefäßen mit den Eingeweiden stets auch ein solches mit der zur Konservierung benutzten Formalinlösung beizugeben. J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Die Herzwunden, vom gerichtsärztlichen Standpunkte aus betrachtet.

Von Dr. R. Bernstein, Oberarzt im Feld-Art.-Regt. 72.

(Zeitschrift f. Med.-Beamte. 18. Jahrg. 1905. Heft 3)

Die Diagnose einer Herzverletzung gründet sich auf die Örtlichkeit der äußern Wunde, die Richtung des Wundkanals, die Blutung und die funktionellen Störungen. Verf. hebt die Bedingungen hervor, in denen diese Symptome unsicher werden. Die Prognose ist immer sehr zweifelhaft; für Stich- und Schnittverletzungen werden nach Fischer 4,1%, nach Loison 5,5% Heilungen berechnet; für Schußwunden 2,8 bzw. 0%. Bei Herznaht ergaben 63 Fälle von Stichwunden 23 = 36,5% Heilungen; 6 Schußwunden 2 Heilungen. Doch ist einschränkend zu bemerken, daß der günstige Ausgang bisher immer nur unter den besten Krankenhausverhältnissen erzielt wurde. Die Entscheidung auf die Frage, ob im Einzelfalle die Herzverletzung oder eine andere Verletzung oder Erkrankung als Todesursache anzuführen ist — richtet sich nach der Art der Komplikation. Perikarditis, Embolie, Pneumonie und Pleuritis werden immer auf die Herzwunde als Todesursache zurückgehen. Dauerndes Siechtum braucht nicht zurückzubleiben; doch ist nicht zu übersehen, daß eine geheilte Herzwunde noch nach Monaten durch Narbendehnung, Thrombenlösung usw. Anlaß zum Tode oder zu Siechtum geben kann. Ktg.

Ein Fall von Herzverletzung mit Hirnembolie.

Von L. Baron.

(Inaug.-Dissert. Berlin bei Schade 1904. 27 S.)

Selbstmordversuch mit Revolver. Einschuß im vierten Zwischenrippenraum unter und wenig innerhalb der Brustwarze. Kugel hinten 6 cm lateral der Wirbelsäule auf der frakturierten 10. Rippe fühlbar. Es bestand Pneumothorax; aber kein Zeichen von Herz- oder Herzbeutelverletzung. Den Beweis für die Beteiligung des Herzens lieferte eine am 3. Tage in die Erscheinung tretende Hirnembolie mit rechtsseitiger Hemiplegie, Sprach- und Lesestörungen. 5 Wochen nach der Verletzung entwickelten sich die typischen Zeichen einer Mitralinsuffizienz. Röntgendurchleuchtung in der 7. Woche zeigte die linke Herzkontur sehr verwaschen; das Perikard mit der Pleura diaphragmatica verwachsen, den Herz-Zwerchfellwinkel links nicht vorhanden. Der Ausgang darf als relative Heilung angesehen werden. Die Lähmungserscheinungen waren bei der Entlassung in der 9. Woche geschwunden, die Sprache bedeutend gebessert; unverändert bestand Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts, systolisches Blasen an der Spitze und Verstärkung des 2. Pulmonaltones. Ktg.

Über einen im linken Ventrikel des Herzens eingeheilten eisernen Fremdkörper.

Von Max Koch.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904 Nr. 28.)

Im Berliner pathologischen Institut wurde zufällig bei der Sektion eines 72jährigen tuberkulösen Mannes ein eiserner Fremdkörper im linken Ventrikel des Herzens eingeheilt gefunden, ohne daß sich nachträglich etwas aus dem klinischen Befund, aus den Klagen des Trägers und der Erinnerung der Angehörigen darauf beziehen ließ. Es war ein 3 cm langes, stiftartiges Eisenstück. — K. gibt Bild und Röntgenaufnahme des Präparates, welches 4 cm oberhalb der Herzspitze im linken Ventrikel an der Grenze zwischen seiner vorderen Wand und dem Septum mit dem spitzen oberen Ende im Herzfleisch saß und mit dem unteren, kolbigen, 3 cm dicken, in eine der Vertiefungen an der Herzspitze hineinragte, welche fibrös entartete Trabeculae carneae umgeben. Es muß ein abgebrochenes Stück eines pfriemenartigen Instrumentes gewesen sein; wann und wie es eingedrungen ist, war nicht zu ermitteln. Unter fünf erörterten, theoretischen Möglichkeiten (Eindringen in der Blutbahn, Wanderung aus entfernten Körperregionen nach Art der Nadeln, Hineingelangen vom Verdauungstrakt, von den Bronchien, durch die Brustwand), erscheint dem Verfasser auf Grund analoger Fälle aus der weit zurückverfolgten Literatur bei der Richtung und Lage des Eisenteils im linken Ventrikel, der Fixation im Septum und dem Fehlen jeglicher Veränderung am Perikard, das Eindringen von außen am wahrscheinlichsten. In Frage kommt nur, ob der von außen eingedrungene Fremdkörper wiederum noch durch Wanderung oder von vornherein an seine Stelle gelangt ist; nach K.s Meinung ist eine solche Wanderung hier ebenso gut möglich, wie vom Verdauungstraktus aus. K. bezweifelt v. Oppels Behauptung (Langenbecks Arch. Bd. 63. H. 1. Virchows Arch. Bd. 164, 165), daß eine ins Herz gestochene Nadel nicht mehr wandere. Eine andere Versuchsanordnung hat denn auch die Berechtigung dieser Zweifel inzwischen ergeben. Verf. erörtert v. Oppels Experimente eingehend, welche eine unerwartete relative Toleranz des Herzens gegen Fremdkörper und die Möglichkeit verhältnismäßig leichter und reaktionsloser Einteilung, sowie histologische Vorgänge dabei ergeben haben, die auch für diesen Fall zutreffen.

Ziegenhagen-Danzig.

Verletzung der A. brachialis und vorgetäuschte Verletzung derselben bei Fractura humeri.

Von Friese-Züllchow.

(Berliner klinische Wochenschrift. September 1904 S. 1017.)

Der erste Fall betrifft einen 32jährigen Schlosser, dem eine schwere Eisenplatte auf den rechten Oberarm gefallen war. Es bestand eine tiefe Hautmuskelwunde. Der Radialpuls fehlte, die Extremität fühlte sich kühl an. In dem Rohre der Brachialis am Grunde der Hautmuskelwunde war ein fester Verschluß fühlbar. Die Wunde heilte reaktionslos, der Puls kehrte nicht wieder. Der Arm blieb erhalten und funktionsfähig. Derartige Verletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung rufen meist einen Querriß der inneren Gefäßhäute mit Aufrollung derselben hervor. Der zweite Kranke, ein 33jähriger Arbeiter, hatte eine Fraktur des Humerus erlitten. Es bestand starke Dislokation und großer subkutaner Bluterguß, der sich von Tag zu Tag vermehrte. Der Radialpuls war nicht fühlbar. Die Extremität blieb warm. Nach

Anlegung eines Streckverbandes wurde am achten Tage der Radialpuls wieder fühlbar.

Wichtig ist bei diesem Fall, daß man bei gleichzeitig bestehender Fraktur an die Möglichkeit einer Gefäßkompression denken muß und nicht aus dem Fehlen des Radialpulses und starkem Zunehmen der Blutung sicher eine Verletzung der A. brachialis annehmen darf. Diagnostisch von Wert ist auch bei minimaler Durchgängigkeit des Gefäßlumens das Warmbleiben der Extremität. J. Meyer-Lübeck.

Ein Fall von Aneurysma spurium arteriovenosum der Carotis communis und Jugularis interna.

Von Dr. Morian.

(Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Hayssens-Stiftung zu Essen).

Das Leiden war die Folge einer Verletzung durch Messerstich. Gleichzeitig wurde Verlust der Sprache und eine acht Tage andauernde Lähmung des rechten Armes festgestellt. Das Aneurysma entwickelte sich von der vierten Woche ab. Doppelte Unterbindung der Carotis mit Durchschneidung zwischen den Ligaturen brachte es zur Heilung. Die Sprache blieb schwerfällig. Diese Störung wird auf einen embolischen Herd in der Brokaschen Windung bezogen. Ktg.

Ueber Gefäßverletzungen in der Kniekehle.

Von W. Bergmann, 1. Assistenzarzt.

(Aus der Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Huyssens-Stiftung zu Essen am 18. Oktober 1904.)

In sieben Fällen von Zerreißung der Art. poplitaea bei Erwachsenen gelang die Erhaltung des Unterschenkels nicht; er mußte wegen Gangrän amputiert werden. Dagegen stellte sich bei einem dreijährigen Kinde nach derselben Verletzung der Kollateralkreislauf her. Injektion von Indigokarmin in die Femoralis von zehn Leichen nach Unterbindung der Poplitaea ließ nur bei der Leiche eines einjährigen Kindes Blaufärbung der Hausgefäße bis zum Fuß hinab erkennen. Es scheint also, daß nur bei jugendlichen Individuen auf eine genügende Ernährung des Unterschenkels durch die Art. articulares genu gerechnet worden kann. Der günstige Verlauf nach Naht einer bei einer Operation angeschnittenen Art. poplitaea läßt dem Verfasser trotzdem den Versuch zur Erhaltung des Unterschenkels als gerechtfertigt erscheinen. Starke Quetschung der Weichteile und andere schwere Komplikationen trüben aber die Prognose von vornherein. Daher ist Vorsicht in der Beurteilung solcher Verletzungen geboten. Ktg.

Fußgelenkdistorsion als Todesursache, ein Beitrag zur Unfalllehre.

Von Dr. Walter Fürstenheim, Ass.-Arzt an d. städt. Krankenhaus in Hirschberg in Schles. Dir. Arzt J. R. Dr. Middeldorff.

(Münch. Med. Wochenschr. 1904, Nr. 47.)

An eine Fußverstauchung, Umknicken des linken Fußes nach außen, schloß sich im Verlauf der nächsten Wochen ein trockener Brand des linken Fußes an, welcher durch Operation, Absetzung im Lisfrancschen Gelenk nicht aufgehalten wurde und zum Tode führte.

Die Sektion ergab eine Thrombose der linken Vena tibialis anterior (roter Thrombus) Lymphangitis und Lymphadenitis am linken Bein, Lymphdrüsenvereiterung in Bauch- und Brusthöhle frische Peritonitis und Pleuritis, Kavernen in beiden Lungen chron. parenchym. Nephritis, Stauungsmilz, und der Gutachter konnte mit aller Wahrscheinlichkeit auf Grund dieses Befundes die Abknickung der Vena tibialis anterior bei dem Unfall als mittelbare Ursache des Todes ansprechen, indem anzunehmen war, daß die giftigen Zerfallsprodukte des Brandes von den Lymphbahnen aufgesaugt, zur Vereiterung der Bauch- und Brustlymphdrüsen geführt und damit Bauch- und Brustfell infiziert hätten. Die Nierenentzündung und alte Tuberkulose der Lungen haben möglicherweise die Thrombose begünstigt.

Den Hinterbliebenen wurde die Rente zugesprochen.

Seelhorst.

Vergiftungen.

Über die histologischen Veränderungen der Placenta bei der Sublimatvergiftung.

Von Dr. H. Mart und Dr. A. Sorge, Berlin

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin 1905 Heft 1 S. 85.)

Straßmann hatte im Jahre 1899 durch Versuche festgestellt, daß bei der akuten Sublimatvergiftung durch große Dosen das Gift von der Mutter in den Fötus übergeht, im Fötus ist das Gift durch die Analyse seiner Wirkung auf die fötalen Nieren durch den histologischen Befund nachzuweisen. Bei Vergiftungen mit wiederholten kleinen Dosen ging das Sublimat nicht in den Fötus über. Straßmann nahm an, daß es bei der akuten Sublimatvergiftung an der Placenta wie an anderen Teilen des Körpers zu schweren Gewebsveränderungen kommt und daß diese veränderten Stellen es sind, von denen Sublimat in die ihm sonst verschlossenen fötalen Räume übergeht.

Die Versuche des Verf. an Mäusen. Meerschweinchen und Kaninchen bestätigen diese Vermutung. Es sind namentlich die Zellen der Serotina und des Amnion, welche nach Vergiftung mit großen Dosen nekrotischen Zerfall zeigen. Die Vergiftung mit großen Dosen läßt das Sublimat in den Fötus übergehen, weil es zur ausgedehnten, auf den fötalen Anteil übergreifenden Zellnekrose der Placenta führt. Kleinere selbst für das Muttertier tödliche Dosen bewirken keinen Übergang des Giftes von der Mutter auf den Fötus, weil die Epithelien der Grenzzonen in der Placenta intakt bleiben. J. Meyer-Lübeck.

Empoisonnement de phosphore. Nouveaux moyens de rechercher le phosphore.

Von Stoenesco.

(Ann. d'hyg. publ. 1901 I.)

Stoenesco berichtet über neuere Methoden des forensischen Phosphornachweises; er hat insbesondere die von Binda angegebene mikrochemische Phosphorprobe nachgeprüft und kommt zu dem Schluß, daß diese Methode in Verbindung mit dem Nachweis der Phosphorenz und der grünen Färbung der Flamme größere Sicherheit gewährt, als alle übrigen bisher empfohlenen Methoden, umsomehr, als sie sich schnell und sicher ausführen läßt. Gleichwohl sehnt sich Stoenesco nach einer besseren Methode des Phosphornachweises. Übrigens wird Dr. Sorge aus der Unterrichtsanstalt für Staatsarzneikunde in einem der nächsten Hefte der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin über ähnliche Untersuchungen berichten. Marx-Berlin.

Über Mißbrauch einiger Arzeneistoffe seitens der hiesigen ländlichen Bevölkerung nebst einem Fall von Strychninvergiftung.

Von Dr. Cohn-Heydekrug.

(Bericht über die 14. Sitzung der Medizinalbeamten des Reg.-Bez. Gumbinnen zu Goldap am 18. und 19. Juni 1904.)

In den preußischen Grenzbezirken werden fast sämtliche Gifte durch russische Schleichhändler eingeführt, namentlich Arsenik. Dieses als „Weißes“ bezeichnete Gift findet sich fast in jedem Haushalt. Es wird gebraucht als Futterzusatz für Pferde, um ihnen ein besseres Ansehen zu geben, aber auch als Heilmittel bei Menschen gegen die verschiedensten Krankheiten. Bei der starken Verbreitung ist natürlich ein Gebrauch zu verbrecherischen Zwecken nicht selten. Die Untersuchung solcher

Giftmordfälle wird ungemein erschwert dadurch, daß der Verdächtige stets anzugeben pflegt, daß sich immer Arsenik im Hause befunden habe, und der Getötete häufig davon zu nehmen pflegte.

Ähnlich verhält es sich mit dem Strychnin; die Brechnuß findet sich auch fast in jedem Hause, und Abkochungen davon werden als Hausmittel benuzt. Zu Vergiftungszwecken wird es bei Erwachsenen wegen seines bitteren Geschmackes selten verwendet, häufig dagegen bei ganz kleinen Kindern.

Verf. fand in einem Falle in der Leiche eines $1^1/_2$ Monate alten Kindes ca. 6 mg Strychnin. Das Kind war vergiftet dadurch, daß ihm fein gemahlene Brechnuß mit Milch eingeflößt war.

Zu tadeln ist auch, daß 3prozentiges Karbolwasser käuflich überall zu haben ist. In dieser starken Lösung hat es schon viel Unheil angestiftet und Verf. empfiehlt daher nur $^1/_2$ prozentige Lösungen herstellen zu lassen. J. Meyer-Lübeck.

Ein Fall von Veronalvergiftung.

Von F. T. Haed.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904. Juni.)

Die an Depression leidende Kranke hatte offenbar in selbstmörderischer Absicht eines Morgens 9 g Veronal genommen. Erst spät nachmittags fand man sie in tiefem Schlaf und spülte ihr den Magen aus. Sie wurde in tiefem Schlaf ins Krankenhaus gebracht. Unter Darmernährung und lauen Bädern mit kalten Übergießungen schwand der soporöse Zustand am vierten Tage. Auffallend war eine Streckung des Kopfes nach hinten, ohne eigentliche Nackensteifigkeit, sowie tetaniforme Zuckungen des Körpers sowie ein Exanthem mit pemphigusähnlichen Blasen, die insbesondere an den Fingergelenken und fast symmmetrisch saßen. Ernst Schultze.

A case of veronal poisoning.

Von F. M. Clarke.

(Nach dem Referat von F. Reiche-Hamburg im Zentralbl. für inn. Medizin 1904 Nr. 36.)

(Lancet 1904 23. Januar.)

Veronal verursachte in einer die Vorschrift überschreitenden Dosis von 1,0 g am ersten und je 1,6 g am zweiten und dritten Abend tiefen Schlaf mit Pulsverlangsamung und 3 Tage danach ein Erythem am ganzen Körper. 8,5 g in 4 Tagen eine Woche darauf genommen, brachten unter leichter Wärmesteigerung Lethargie und mit Semikoma abwechselnde Anfälle von Unruhe, scharlachähnliches Exanthem an Armen und Gesicht, Obstipation zustande. Heilung durch Abstinenz. Ziegenhagen-Danzig.

Notiz über gewohnheitsmäßigen Mißbrauch des Veronals (Veronalismus).

Von Laudenheimer.

(Therapie der Gegenwart 1904 Januar.)

Ausgehend von der Ansicht, daß die Kenntnis der möglichen Gefahren ein gutes Mittel in seinen Vorteilen nur heben kann, berichtet L. von dem „Veronalismus“ eines Morphinisten. Dieser verbrauchte durch zwei Monate undosiert 250 g, die er sich auf Umwegen zu verschaffen gewußt hat. Er lebte in einem heiteren und behaglichen Rausch, war indes nicht wie durch Morphium körperlich und geistig leistungsfähiger, sondern im Denken und Schreiben behindert, taumelte und lallte zuweilen; er hatte guten Appetit und spürte körperlich nur Urinbeschwerden, die indes durch ein altes Leiden des Patienten nicht eindeutig sind und allein vielleicht Oligurie auf das Veronal beziehen lassen. Das Mittel büßte an hypnotischer Kraft nicht ein, hinterließ auch keine schweren Abstinenzerscheinungen, wobei freilich zu berücksichtigen ist, daß er hohe Dosen Morphium weiter spritzte. Es ergibt sich einerseits die relative Ungiftigkeit großer und wiederholter Dosen, andererseits die Möglichkeit recht unerwünschter Nebenwirkungen beim Überschreiten der medizinischen Dosen. Bei der Gefahr der Sucht infolge der Euphorie fordert L. vom Arzt, daß er „das Mittel dem Patienten nie zur freien Verfügung oder in größeren Quanten in die Hand“ gebe, „wie es heutzutage im Vertrauen auf die Ungefährlichkeit zuweilen geschieht“. Unentschieden läßt er, ob die Gefahr des Veronalismus eine allgemeine oder eine spezielle für Prädisponierte sei. Ziegenhagen-Danzig.

Dreifacher Fall von Wurstvergiftung (Botulismus).

Von Dr. Gustav Morelli-Budapest.

(Wiener medizin. Wochenschr. 1904. Nr. 46. S. 2163.)

Verf. hatte Gelegenheit drei Fälle, von dieser Vergiftung zu beobachten, welche wegen der Sicherheit der Diagnose und wegen ihres klinischen Verlaufes nicht uninteressant sind.

Drei Soldaten hatten zusammen von einer aus der Heimat geschickten Wurst, die nur drei Tage unterwegs gewesen war, gegessen. Sie erkrankten nach einigen Tagen leichten Unbehagens mit akuten Darmerscheinungen, auf welche bald Trockenheit der Schleimhäute, Empfindungslosigkeit der Konjunktiva, Schlinglähmung, Behinderung des Wasserlassens und Sehen von Doppelbildern folgte. Der Verlauf war bei allen ein günstiger. Einer der Patienten, bei dem bald nachher Erbrechen eingetreten war, konnte schon nach einigen Tagen wieder als geheilt aus dem Krankenhause entlassen werden. Bei den anderen Beiden dauerte es über acht Wochen, ehe die letzten Erscheinungen verschwunden waren. Es zeigte sich dabei, daß die ersten Erscheinungen am spätesten, die letzten am frühesten zurückgingen. J. Meyer-Lübeck.

On the action of venones of different species of poisonous snakes on the nervous system.

Von G. Lamb and W. K. Hunter.

(Lancet 1904. 2. Januar. Nach dem Referat von F. Reiche-Hamburg. Zentralbl. f. inn. Medizin 1904 Nr. 36.)

L. u. H. wenden sich auf Grund ihrer Versuche mit Cobragift bei Pferden, Ratten, Affen und anderen Tieren gegen Cunninghams Behauptung der primären Wirkung auf das Blut, der sekundären auf die Nerven. Das Gift, welches die Gerinnungsfähigkeit des Blutes herabsetzt, wirkt auf die motorischen Neurone direkt und bringt bei genügender Zeit mikroskopisch nachgewiesene degenerative Veränderungen des zentralen und peripheren Nervensystems zustande. Große intravenöse Giftmengen töten in Minuten unter Muskelzuckungen und allgemeinen Konvulsionen, kleine subkutane unter Schläfrigkeit, Lethargie, Extremitätenparesen, Übelkeit, Erbrechen, Respirationsbehinderung mit schließlichen Krämpfen bei überdauernder Herzaktion. Frühsymptom des Schlangengiftes beim Menschen ist Paralyse der Zunge und Schlundmuskeln.

Ziegenhagen-Danzig.

Gynaekologie.

Ein typischer Fall von Menstruatio praecox.

Von Dr. A. Steinn in Ostseebad Heubude.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904. S. 1275.)

Verfasser wurde zu einem Mädchen von 6 Monaten gerufen, welches eine spontan entstandene Blutung aus den Genitalien aufwies. Die Blutung hörte nach einigen Tagen auf, kehrte indessen jeden Monat unter den vollständigen Anzeichen einer Menstruation wieder. Nach Verlauf eines halben Jahres der Beobachtung hatten sich allmählich auch mammae und Scham-

haare entwickelt. Als besonderer Umstand muß noch hervorgehoben werden, daß die Menstruation des Kindes regelmäßig mit der der Mutter zusammenfiel. J. Meyer-Lübeck.

Recherches sur certaines causes de rupture de l'uterus au cours de l'avortement.

Par G. Corin.

(Travail de l'Institut de Médécine légale de l'Université de Liège 1902.)

Verf. beschäftigt sich mit der Antwort auf folgende Frage: Eine intrauterine Einspritzung, gemacht zum Zwecke der Herbeiführung des Aborts, bewirkt eine Zerreißung des Uterus. Die darauf eintretenden septischen Veränderungen veranlassen den später hinzugezogenen Arzt zur Vornahme eines Kurettements Ist es nun möglich, bei der Sektion deutlich die durch das Kurettement veranlaßten Verletzungen zu unterscheiden von denen, die durch die Ruptur entstanden sind? Es wird voraussichtlich hier gehen wie bei den meisten anderen Fällen der gerichtlichen Medizin, eine genaue Diagnose wird sich nur dann stellen lassen, wenn die objektiven Befunde durch hinreichende anamnestische Angaben unterstützt werden.

Zwei Fälle des Verf. dienen zum Beweise dieser Ansicht. Es handelte sich um Mädchen, die nach Manipulationen zur Herbeiführung des kriminellen Aborts schwer erkrankten und dann wegen septischer Endometritis vom Arzte kurettiert wurden. Beide starben und es fand sich bei beiden Uterusperforation. Nur durch die Anamnese konnte es bei beiden wahrscheinlich gemacht werden, daß die Perforation schon vor der Operation durch Einspritzung von Flüssigkeit in den Uterus entstanden war.

J. Meyer-Lübeck.

Die Frage nach der Berechtigung künstlicher Unterbrechung der Gravidität behufs Heilung von Psychosen.

Von Pick.

(Wien. Med. Wochenschr. 1905. Nr. 2.)

Dem Anschein nach bereitet der Wiener psychiatrische Verein eine Enquete über obige Frage vor. Der zur Zeit herrschenden Ansicht, welche den günstigen Einfluß einer Geburt und damit auch einer Frühgeburt auf den Verlauf einer Psychose in Abrede stellt, tritt Pick entgegen. Im Anschluß an Jolly (Naturforscher-Versammlung 1901) hält P. die Einleitung einer Frühgeburt bei Hysteroepilepsie für geboten, wo schwere Anfälle die Anzeige abgeben können, ferner bei melancholischen und zu Angstzuständen neigenden Personen, welche große Furcht vor der normalen Geburt zeigen. Bei einer in der Mitte der vierziger Jahre stehenden Frau, die P. von einem Frauenarzt zur Konsultation geschickt wurde, die vollständig unter dem Einfluß von überwertigen Ideen (bei der zu erwartenden Entbindung sterben zu müssen) in große Angstzustände geriet, wirkte die eingeleitete Frühgeburt außerordentlich günstig. Angezeigt soll ferner die Einleitung des Aborts (bzw. Frühgeburt) sein, bei Hysterischen und Epileptikern, welche zu status-ähnlichen Zuständen neigen. Ob Epileptikern und Hysterischen durch Einleitung einer Frühgeburt wirklich gedient ist, erscheint Referenten zum mindesten fraglich. Einem drohenden Status wird durch andere Mittel (genaue Regelung der Diät und angepaßte Arzneiverordnung) sicherlich wirksamer vorgebeugt, als durch die Einleitung der Frühgeburt! Hoppe-Uchtspringe.

Die forensische Bedeutung des Puerperalfiebers.

Von Köstlin-Danzig.

(Deutsche Medizinische Wochenschrift 1904. S. 1302.)

Die geburtshilflichen Kunstfehler nehmen prozentual die erste Stelle ein, weil der Arzt gerade in der Geburtshilfe vor rasche Entschlüsse gestellt wird. Besonders bei dem tödlichen Wochenbettfieber ist es für den Sachverständigen oft schwer, die Frage nach der Verschuldung von Arzt oder Hebamme zu entscheiden.

Die Bedingungen, welche für die Bejahung der Schuldfrage erfüllt werden müssen, sind folgende:

1. Eine andere Todesursache als Wochenbettfieber muß geleugnet werden können.
2. Die Frau muß vorher in bezug auf ihre Geschlechtsteile gesund gewesen sein.
3. Die Geburt darf keine pathologische gewesen sein.
4. Eingriffe anderer Personen als der Geburtshelfenden an oder in den Geschlechtsteilen müssen auszuschließen sein.
5. Die Unterlassung der Desinfektion muß bewiesen oder Fahrlässigkeiten nach erfolgter Desinfektion müssen nachgewiesen werden. J. Meyer-Lübeck.

Gerichtliche Entscheidung.

Aus dem Kammergericht.

Niederlassungsverbot für einen mit Zuchthaus vorbestraften Arzt.

Der Arzt Dr. H. hatte im Jahre 1887 ein Jahr Zuchthaus erhalten, weil er Inserate veröffentlicht hatte, aus welchem der Schluß gezogen worden war, daß er gegen entsprechende Entschädigung Abtreibungen vornehmen würde. Nachdem er noch 1902 wegen fahrlässiger Körperverletzung zu 5 Monaten Gefängnis verurteilt worden war, weil er Frauen, die sich von ihm behandeln ließen, durch ein von ihm erfundenes Instrument schwer verletzt hatte, erhielt er die polizeiliche Aufforderung, die Gemeinde F., wo er sich kürzlich niedergelassen hatte. binnen einer bestimmten Frist zu verlassen. Nach fruchtloser Beschwerde erhob Dr. H. Klage gegen den Oberpräsidenten und bestritt, daß die Voraussetzungen zu seiner Ausweisung vorliegen. Seine Verurteilung aus dem Jahre 1887 liege zu weit zurück und könne nicht mehr in Betracht kommen. Seine Verurteilung im Jahre 1902 sei zu Unrecht erfolgt, mit dem von ihm erfundenen Instrument habe er bei Frauen (gegen die Empfängnis) die besten Resultate erzielt. Das Oberverwaltungsgericht wies aber die Klage des Arztes als unbegründet zurück, da die Ausweisungsverfügung der gesetzlichen Grundlage nicht entbehre. Das Oberverwaltungsgericht nahm an, daß § 2 des Gesetzes vom 31. Dezember 1842 noch gilt, welches der Landespolizeibehörde gestattet, Personen, „die zu Zuchthaus oder wegen eines Verbrechens, wodurch der Täter sich als einen für die öffentliche Sicherheit oder Moralität gefährlichen Menschen darstellt, verurteilt worden sind, von dem Aufenthalte an gewissen Orten auszuschließen. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Schultze, Prof. Dr. Ernst, Oberarzt der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Bonn. Über Psychosen bei Militärgefangenen nebst Reformvorschlägen. Eine klinische Studie. Jena bei G. Fischer 1904. 276 S. Preis 6 M.

Das Interesse für zweifelhafte Geisteszustände bei Soldaten hat in neuerer Zeit sehr zugenommen. Der Wunsch nach einer vertieften Ausbildung der ärztlichen Sachverständigen wie der Juristen ist hervorgetreten. Vielleicht im Zusammenhange mit der Öffentlichkeit des Militärgerichtsverfahrens und der dadurch vermittelten Bekanntschaft weiterer Kreise mit den betreffenden Vorkommnissen und Urteilen. Verf. trägt daher mit seiner Arbeit einem Bedürfnis Rechnung. Ob die erörterten 32 Fälle genügen, ein vollkommenes Bild der vielgestaltigen Krankheiten zu geben, möge dahin gestellt bleiben. Die Fälle werden in 5 Gruppen untergebracht: 1. Manisch depressives Irresein; 2. Imbecillität; 3. Dementia praecox; 4. Epilepsie; 5. Hysterie. Daß diese

nicht genügen, zeigt die 6. Gruppe, in der a) degeneratives Irresein; b) Simulation bei Minderwertigkeit; c) Alkoholintoleranz ohne ausgesprochene Geistesstörung; d) ein Fall mit: „Unbestimmter Diagnose, aber jedenfalls krank“ behandelt werden. Die Differentialdiagnose zwischen diesen Formen ist keineswegs einfach. Depressions- und Dämmerungszustände; Störungen des Gemütslebens; Angstzustände; Alkoholintoleranz; Neigung zum Lügen und Toben sind mehreren gemeinsam. Es ist daher zweifelhaft, ob es nicht die praktische Verwertung gefördert hätte, wenn die Einteilung auf eine geringere Zahl von Formen beschränkt worden wäre. Ich komme um so mehr zu dieser Anschauung, als Verf. selbst sagt, daß in keinem einzigen seiner Fälle die Diagnose sofort klar lag und daß mehrfach Wochen und Monate erforderlich waren, sie zu finden; Simulation auszuschließen. — Den Reformvorschlägen des Verfassers im zweiten Teile der Arbeit ist meistens beizutreten. Jedenfalls würde die Anzeigepflicht geistiger Erkrankungen und deren Notierung in der Stammrolle die Einstellung geisteskrank gewesener Rekruten verhüten, die jetzt noch alljährlich vorkommt. Ähnliche Notizen über geistige Minderwertigkeit und Schwachsinn bei Schülern würden der späteren Beurteilung bei der Aushebung wertvolle Fingerzeige gewähren. Besondere Militärirrenanstalten verwirft S. mit Recht. Der Kranke fühlt sich dort unfrei und gibt sich nicht wie er ist; auch ist die Anhäufung militärischer Exploranden vom Übel, da sie sich gegenseitig beeinflussen. Sehr richtig ist das Eintreten für eine bessere Ausbildung der Militärärzte in der Psychiatrie. Ein Anfang dazu ist übrigens durch Kommandos zu Irrenanstalten gemacht.

Das Buch verdient die Aufmerksamkeit der Sachverständigen in hohem Maße. Körting.

Dr. Wilbrand, H., und **Dr. Saenger, A.,** in Hamburg. Die Neurologie des Auges. Ein Handbuch für Nerven- und Augenärzte. Dritter Band. Erste Abteilung. Anatomie und Physiologie der optischen Bahnen und Zentren. Mit zahlreichen Abbildungen im Text und auf 26 Tafeln. Wiesbaden. J. F. Bergmann 1904. XXII u. 474 Seiten.

Entgegen ihrer ursprünglichen Absicht, im 3. Bande der Neurologie die Akkommodation und die Pupillenverhältnisse zu behandeln, beschäftigten sich die Verfasser in dem vorliegenden Bande zunächst mit den anatomischen Verhältnissen der Netzhaut, des Sehnerven, Chiasma und Tractus opticus, der primären Optikuszentren, der Sehstrahlung und Hirnrinde. Bei der Besprechung des Faserverlaufes im Chiasma wird über die Untersuchungsergebnisse von 15 eigenen Fällen mit einseitiger Sehnervenatrophie berichtet. Auch an vielen anderen Stellen stützen sich die Verfasser auf eigene pathologisch-anatomische und klinische Befunde. Im physiologischen Teile werden zuerst die verschiedenen Netzhautfunktionen und der Verlauf der Erregung in der Retina besprochen, besonders eingehend die beim Perimetrieren auftretenden Ermüdungserscheinungen. Es folgt die Betrachtung des Verlaufes der Erregung durch die optische Nervenfaserleitung, die primären Optikuszentren, die Sehstrahlung, die Sehsphäre und das optische Erinnerungsfeld. Bei letzterem werden die Agraphie, Alexie und ähnliche Zustände erörtert, wie überhaupt die pathologischen Befunde in ausgedehntem Maße zur Erläuterung der normalen Verhältnisse herangezogen werden. Die außerordentlich sorgfältige und eingehende Behandlung des Stoffes macht das Werk zu einem wertvollen Ratgeber für alle, welche sich über die einschlägigen Fragen, insbesondere in diagnostischer Hinsicht orientieren wollen. Groenouw.

Weyl, Th. Assanierung. Die Abwehr gemeingefährlicher Krankheiten. Vierter Supplementband, Soziale Hygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Mit 19 Tafeln. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1904.

In einem ersten Abschnitt bespricht der Verfasser die Assanierungsmaßnahmen: Wasserversorgung, Reinhaltung der Luft, Beseitigung der Meteor- usw. Wässer, der Fäkalien, der festen Abfälle (Müll, Straßenkehricht), Straßenhygiene, Erd- und Feuerbestattung, Beseitigung der Tierleichen, um im Anschluß daran die Erfolge der Assanierungsmaßnahmen an den Beispielen von Berlin, München und Zürich zu erörtern. Der zweite Abschnitt behandelt die für die Abwehr gemeingefährlicher Krankheiten in Frage kommenden besonderen Maßnahmen, insbesondere Bau- und Wohnungshygiene Anzeigepflicht, Organisation des ärztlichen Dienstes und Schutzmaßregeln; eine besondere Besprechung erfahren Lungentuberkulose, Pocken und Geschlechtskrankheiten nach ihrer Verbreitung und Bekämpfung.

Auf einer Reihe von Tafeln sind u. a. die Kinder- und Gesamtsterblichkeit in Berlin, die Typhussterblichkeit in Berlin, München und Wien, die Gesamtsterblichkeit und die Sterblichkeit an Lungentuberkulose in Wien nach mehrjährigem Durchschnitt, die Erkrankungen und Todesfälle an Typhus in Zürich, die Sterblichkeit an Lungenschwindsucht im Deutschen Reich im Durchschnitt der Jahre 1894 bis 1897, desgleichen in den Weltstädten, die Pockensterblichkeit in Preußen und Österreich, Bayern und Belgien, sowie einer Anzahl größerer Städte des In- und Auslandes in instruktiver Weise zur Darstellung gebracht.

E. Roth (Potsdam).

Grotjahn, A. Soziale Hygiene und Entartungsproblem. Vierter Supplementband. Soziale Hygiene aus dem Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. Jena, Verlag von G. Fischer, 1904.

Den weitesten Raum in der vorliegenden interessanten Arbeit nimmt die Erörterung der wichtigen Beziehungen zwischen der sozialen Hygiene und dem Problem der körperlichen Entartung ein; ihr sind die Artikel „Entartung und Bevölkerungsverminderung“, „Untauglichkeit zum Heeresdienst“, „Untauglichkeit zum Stillgeschäft“, „Häufigkeit der Kinderfehler“, „Städtische Wohnweise als Ursache der Entartung“ und „Entartungsproblem vom biologischen und pathologischen Gesichtspunkt und Prophylaxe der Entartung“ gewidmet.

In praktischer Hinsicht wirken die meisten sozialhygienischen Maßnahmen auch im Sinne einer Prophylaxe der Entartung. „Die Prophylaxe der Entartung“, sagt der Verfasser mit Recht, „erfordert keineswegs die Eindämmung der so erfreulich wachsenden Fürsorge für die Armen, Kranken und Siechen. Sie will vielmehr einige für das Wohl der Gattung gefährliche Seiten der sozialen Hygiene und andrer humanen Bestrebungen paralysieren und so diese erst für eine allgemeine Wirksamkeit frei machen. In ihren letzten Teilen stimmen die Maßnahmen der sozialen Hygiene durchaus überein mit denen einer Prophylaxe der Entartung; sie bezwecken die Verallgemeinerung hygienischer Kultur auf die Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen.“ Ref. möchte hinzufügen, daß allein der Umstand, daß eine Reihe großer Männer in der Kindheit schwächlich waren und ohne soziale Nachhilfe kaum zur Entfaltung ihrer geistigen Blüte gekommen wären, den Beweis liefert, daß bei Erörterung dieser Fragen eine rein somatische Betrachtung nur mit erheblichen Einschränkungen zulässig ist. E. Roth (Potsdam).

Neumann, Dr. jur. Hugo. Die öffentlich-rechtliche Stellung der Ärzte. Berlin 1904. Verlag von Struppe & Winkler. 138 S. Preis 3 M.

Eine übersichtlich gehaltene und klare Darstellung des heutigen Standes der Rechtsverhältnisse des deutschen Arztes, die namentlich jüngeren Ärzten zur Einführung in die Kenntnis ihrer Rechte und Pflichten nur lebhaft empfohlen werden kann. Verfasser hat mit seinem Buche den Beweis geliefert, daß man als Jurist zugleich streng wissenschaftlich und doch gemein-

verständlich schreiben kann. Das ist der eine Vorzug des Werkes, der andere äußert sich in der Stellungsnahme des Verfassers dem ärztlichen Stande gegenüber. Es berührt außerordentlich sympathisch, daß derselbe ein feines Verständnis gegenüber den Schicksalen und Leiden des Standes bekundet, wie sich aus seinen Bemerkungen de lege ferenda ergibt. Die Freigabe der Heilkunde bedauert er, er wünscht die Herausnahme der Ärzte aus der Gewerbeordnung und den Erlaß einer allgemeinen deutschen Ärzteordnung. So lange die Heilkunde freigegeben ist, empfiehlt er ein Vorgehen gegen die Kurpfuscher auf Grund des Gesetzes über den unlauteren Wettbewerb, das seiner höheren Strafen wegen wirksamer ist wie das Strafgesetzbuch und die Gewerbeordnung. Auch sonst finden sich die aktuellen Tagesfragen eingehender behandelt, wie die Frage des Verzichtes auf die Approbation, doch ist die eigene Stellungsnahme des Verfassers hier nicht ganz klar präzisiert. Auch über die Definition des Begriffs „Privatkrankenanstalt“ läßt sich streiten. Verfasser meint, eine Anstalt, in der die Kranken nur Unterkommen und Behandlung, aber keine Pflege finden, wäre keine Privatkrankenanstalt. Das dürfte nicht zutreffend sein. Etwas eingehender hätten wir auch die Behandlung der Stellung des Arztes in der sozialen Versicherungsgesetzgebung gewünscht, da auch diese zum Begriff des öffentlichen Rechtes gehört. Vielleicht ergänzt Verfasser seine dankenswerte Arbeit bei einer späteren Auflage nach dieser Richtung. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Sturm, Justizrat. Die strafbaren Unterlassungen, insbesondere die fahrlässigen Unterlassungen der Ärzte, Heilkünstler, gewerbsmäßigen Gesundbeter und Kurpfuscher. Berlin. Carl Heymanns Verlag 1903. 52 Seiten.

Verfasser beleuchtet den Widerspruch unserer Gesetzgebung, der darin liegt, daß approbierte Ärzte wegen fahrlässiger Unterlassungen im Beruf sehr empfindlich gestraft werden, während der Kurpfuscher wegen derselben Delikte straflos ausgeht. „Wenn Leute, die von Medizin nichts, aber auch von einzelnen medizinischen Kenntnissen oder Kuren nichts verstehen, die mit offenbar unsinnigen oder ganz indifferenten oder gar abergläubischen Mitteln zu heilen vorgeben, gewerbsmäßig in dieser Art arbeiten, ohne eine Polizeibestimmung zu verletzen, ohne Wettbewerb zu treiben, ohne zu betrügen, so sind sie straflos, wenn sie unterlassen, richtige Mittel anzuwenden oder anzuraten.“ Mit dem vom Reichsgericht aufgestellten Grundsatze, daß Ausübung der Heilkunde ohne jede wissenschaftliche Vorbildung nicht ohne weiteres eine Fahrlässigkeit enthalte, stimmt Justizrat Sturm nicht überein. Bei den Gesundbetern darf man nicht erst abwarten, bis und ob man hier Betrug beweisen kann. Wenn derlei Dinge um des Gelderwerbes willen geschehen, so spricht dies stets gegen den guten Glauben. Das „Gebetsgewerbe“ muß von vornherein verhindert werden, dazu bedarf es aber eines neuen Gesetzes. Die Versuche, die zur Verhütung der Gefährlichkeit der Kurpfuscher neuerdings von der Gesetzgebung vorgeschlagen werden, seien viel zu schwach. Um das Übel endlich mit der Wurzel auszurotten, muß das Handwerk bei Strafe überhaupt verboten werden.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

Bericht des Verbandes der Genossenschafts-Krankenkassen Wiens samt der Statistik der Verbandskassen für das Jahr 1903. Wien 1904.

Der Bericht gibt einen interessanten Einblick in die österreichischen Krankenkassenverhältnisse. „Tout comme chez nous“, kann man beim Lesen des Berichtes auf jeder Seite ausrufen. Dieselben Klagen tönen uns hier entgegen wie in Deutschland seitens der Verwaltung der Krankenkassen über die Reformbedürftigkeit des Gesetzes, die Zersplitterung der Krankenkassen, die ungenügende Krankenunterstützung, die Beschränkung der Krankenversicherung auf bestimmte Arbeiterkategorien, Klagen über hohe Arzneikosten, feindselige Stellung gegenüber der freien Arztwahl. Doch in einigen Punkten sind wir in Deutschland unserem Nachbarstaat voraus: Wir besitzen eine Alters- und Invalidenversicherung, die in Österreich erst noch erstrebt wird, und wir besitzen eine Regierung, welche der Arbeiterversicherung Wohlwollen und Interesse entgegenbringt, während die Wiener Krankenkassen über die Indolenz, ja Feindseligkeit der dortigen Behörden und Gerichte den Kassen gegenüber Klage führen. Das Arztsystem bei den Wiener Kassen ist durchweg das distriktärztliche. Daneben besteht das Institut der Chefärzte zur Kontrolle der Kranken auf ihre Arbeitsunfähigkeit. Die Untersuchungen derselben finden teils an bestimmten Ordinationsstunden in dem Kassenlokal statt, teils in den Zahlstellen, teils in den Wohnungen der Kranken. Im Jahre 1903 wurden 55288 Personen überprüft, ungefähr ein Viertel sämtlicher Mitglieder der Verbandskassen, davon wurden 19008 als arbeitsfähig vom Krankenstande abgeschrieben oder bei der gewünschten Krankmeldung abgewiesen. Für die Krankenkontrolle wurden im ganzen 82095 Kr. verausgabt.

Sehr wertvoll wird der Bericht durch Beigabe eines sehr sorgfältig gearbeiteten Tabellenwerkes der Krankheits- und Sterblichkeitsverhältnisse der Mitglieder, wie wir es bei keiner deutschen Krankenkasse kennen. Die meisten Erkrankungen weisen danach die Buchdrucker und Lithographen auf. Bei der Gruppe der venerischen Krankheiten sind die Friseure, Bäcker Einspänner und Zuckerbäcker am stärksten vertreten. Im ganzen wurden 3552 Fälle von venerischer und syphilitischer Krankheit angemeldet, also auf 100 einzahlende Mitglieder etwa 2,8 Fälle. Die gewerblichen Vergiftungen finden sich am häufigsten bei den Branchen der Zimmermaler und Anstreicher, der Buchdrucker und Schriftgießer. W. Hanauer, Frankfurt a. M.

Marcuse, M., Darf der Arzt zum außerehelichen Geschlechtsverkehr raten? Leipzig, Malende 1904. 32 S. Preis 1,50 Mark.

Die Frage, ob dem Arzte das prinzipielle Recht zustehe, den außerehelichen Geschlechtsverkehr anzuraten, wird vom Verfasser bejaht, und zwar grundsätzlich sowohl dem männlichen wie dem weiblichen Patienten gegenüber. Allerdings muß sich der Arzt dabei der großen Verantwortlichkeit bewußt sein, und er muß vorher dem Patienten sachverständige Aufklärung geben über die Gefahren, welche mit dem außerehelichen Koitus verbunden sind und daher auch rückhaltlos alle Mittel angeben, durch welche jene Gefahren vermindert werden können. Marcuse geht bei diesen Thesen von der Überzeugung aus, daß es Krankheiten gibt (schwere Hysterie, hartnäckige Onanie, Fälle perverser Sexualität, Angstneurosen), welche nur durch den sexuellen Verkehr geheilt werden können, und er beruft sich dabei auf eine Anzahl Autoritäten, wie auf Erb u. a., wie er nicht minder gewissenhaft alle diejenigen Ärzte zitiert, die auf dem Standpunkte stehen, daß Nichtbefriedigung des Geschlechtstriebes eine die Gesundheit schädigende Wirkung haben kann. Verfasser verfehlt nicht, darauf hinzuweisen, wie die Frage mit derjenigen der ärztlichen Ethik zusammenhängt und man darf es nur willkommen heißen, daß er das heikle Thema angeschnitten hat und unbefangen erörtert, wenn auch das letzte Wort hierin noch nicht gesprochen sein dürfte. W. Hanauer-Frankfurt.

Nauwerck. Sektionstechnik für Ärzte und Studierende. 4 vermehrte Auflage mit 69 teilweise farbigen Abbildungen. Fischer, Jena. 264 Seiten, brochiert 5 M., gebunden 6 M.

Wer dieses Buch durchsieht, wird nicht überrascht sein, daß es seine 4. Auflage erlebt. Denn sein Inhalt entspricht den Bedürfnissen der Praxis in ausgezeichneter Weise. Mag die

peinlich genaue Schilderung des Vorgehens bei jedem einzelnen Teil der Sektion selbst einen Hauch von Pedanterie haben, so entspricht sie gleichwohl ganz dem, was der Student bzw. was der Praktiker braucht. Virchows Sektionstechnik war doch gewiß ein vorzügliches Buch, und doch entsinnt sich Referent noch sehr genau der Enttäuschung, welche er als Student empfand, in diesem Buche von den vielen beim Sezieren zu lösenden Fragen, nur so wenige beantwortet zu finden. Übrigens folgt Nauwerck in den Grundzügen seiner Darstellung durchaus den Spuren Virchows.

Die Abbildungen sind, wenn auch ihre „Farbigkeit" nur aus einigen rot und blau eingezeichneten Richtlinien besteht, gut und instruktiv.

Ein besonderer Abschnitt bezieht sich auf die Schilderung der Sektionsbefunde, wobei jeweils Anhaltspunkte für die Unterscheidung von Normalem und Krankhaftem gegeben werden. Als Anhang sind die staatlichen Vorschriften für Gerichtsärzte von 6 deutschen Staaten beigefügt, für Preußen leider noch das alte Regulativ; insofern ist die Neuauflage um einige Monate zu früh herausgekommen. F. L.

Urban, E. Die gesetzlichen Bestimmungen über die Ankündigung von Geheimmitteln, Arzneimitteln und Heilmethoden im Deutschen Reiche einschließlich der Vorschriften über den Verkehr mit Geheimmitteln. Berlin 1904. S. 172.

Wenn man das Inhaltsverzeichnis des vorliegenden Werkchens durchliest, glaubt man sich weit zurückversetzt in die Zeit des heiligen Römischen Reiches deutscher Nation, denn nicht nur jeder Bundesstaat und jedes Bundesstätchen hat seine eigenen Bestimmungen, sondern sogar jeder Regierungsbezirk. Sie unterscheiden sich ja meist nicht sehr von einander, aber es ist für den Beteiligten zum mindesten äußerst unangenehm und zeitraubend, sich über die einschlägigen Rechtsverhältnisse in jedem Landstriche speziell informieren zu müssen, namentlich da in Baden, Hessen und Hessen-Nassau die Ankündigungsfrage wesentlich anders geregelt wird als im übrigen Reiche.

Dabei wäre nach U.s Ansicht vor ca. einem Jahre eine durchaus günstige Gelegenheit gewesen, den Rattenkönig von alten Polizeiverordnungen aus der Welt zu schaffen, wenn nämlich der Bundesratsentwurf vom 23. Mai 1903 über den Verkehr mit Geheimmitteln zum Reichsgesetz erhoben worden wäre, aber als geeignetste Form ihn urbi et orbi bekannt zu geben, wählte man eben wieder die Polizeiverordnung.

Wie der Verfasser in der Vorrede sagt, hat er von einer Kritik der bestehenden Zustände abgesehen, er meint — und wir schließen uns seiner Meinung voll und ganz an — daß die Aufzählung der nahezu 200 Verordnungen, die über diesen Gegenstand in Wirkung sind, eine deutlichere Sprache spricht, als die besten Worte es tun könnten.

Diese Aufzählung der Verordnungen beansprucht ungefähr ein Drittel des Werkchens. Fast der ganze übrige Raum wird eingenommen von der Erläuterung der Rechtslage, in welcher wohl kaum ein auf die Sache Bezug habendes Gerichtsurteil fehlen dürfte. Im Anhang sind die Verordnungen betr. den Verkehr mit Arzneimitteln vom 22. Oktober 1901 und vom 1. Oktober 1903 und die Vorschriften betr. die Abgabe stark wirkender Arzneimittel, sowie die Beschaffenheit und Bezeichnung der Arzneigläser und Standgefäße in den Apotheken im Wortlaut abgedruckt. Ein ausführliches alphabetisches Sachregister erleichtert die Orientierung.

Dem Verfasser müssen wir besonderen Dank dafür zollen, daß er es unternommen hat, in das Labyrinth dieses Teils der Gesetzgebung hineinzuleuchten. Und wenn die Arbeit dazu beitragen sollte, daß uns endlich eine einheitliche Geheimmittelgesetzgebung beschert wird, so wäre das der schönste Erfolg für die aufgewendete Mühe. Diesen Erfolg wünschen wir dem Verfasser. Schlockow.

Hager-Mez. Das Mikroskop und seine Anwendung. Neunte, stark vermehrte Auflage. Mit 401 in den Text gedruckten Figuren. Berlin 1904. Julius Springer. 8 Mark. 392 Seiten.

Hagers alt vertrautes Buch hat schon 1898 durch Mez eine zeitgemäße Umgestaltung gewonnen. In der neuen Auflage ist diese noch weiter ausgestaltet, besonders sind die Abbildungen wesentlich feiner als früher, wie überhaupt die Ausstattung des Buches vornehm und gediegen ist.

Der medizinischen Mikroskopie konnte in diesem Rahmen nur ein bescheidener Platz gewährt werden, doch ist dieser von Stolper bearbeitete Teil in seiner Kürze gleichwohl wertvoll. F. L.

Dornblüth. Diätetisches Kochbuch. Zweite, völlig umgearbeitete Auflage. Würzburg. A. Stubers Verlag (E. Kabitsch). 339 Seiten 5,40 M.

F. von Winkler. Kochbuch für Zuckerkranke und Fettleibige. Fünfte Auflage. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann 1904. 164 Seiten 2,40 M.

Da der Gegenstand obiger Bücher etwas abseits vom Interessenkreise des ärztlichen Sachverständigen liegt, müssen wir uns auf wenige empfehlende Worte beschränken. Es sind ja auch beides bekannte und bewährte Werke, jedes in seiner Art: Das Dornblüth sche möge die gebildete Hausfrau oder die Krankenschwester von Beruf in ihren Mußestunden gründlich durchlesen, und sie wird Belehrung und Anregung über den Kreis der Küche hinaus finden; das Winklersche gehört ganz der Küchenpraxis und wird da seinen Platz gut ausfüllen. F. L.

Tagesgeschichte.

Anthropometrie im Dienste der sozialen Hygiene.

Der bekannte Sozialhygieniker Grotjahn regt in der „Medizinischen Klinik" Untersuchungen in großem Stil an, die, fortlaufend durchgeführt, ein Urteil darüber erlauben werden, ob die durchschnittliche Körperbeschaffenheit der Bevölkerung sich verschlechtert oder bessert oder gleichbleibt, ob insbesondre zwischen Stadt und Land, zwischen Personen verschiedener sozialer Stellung bemerkenswerte Unterschiede bestehen. Grotjahn hat bereits privatim mit dem Nationalökonomen Kriegel ein Laboratorium für Körpermessung eingerichtet, verkennt aber nicht, daß nur der Staat durch methodische Massenmessungen bei Impfterminen, Schulaufnahme, Schulentlassung, Aushebung oder ähnlichen Gelegenheiten die Lösung der für seine Entwicklung so höchst wichtigen Aufgabe übernehmen kann. Für England, wo die Frage der Beeinflussung der Wehrhaftigkeit durch die Industrialisierung der Bevölkerung noch brennender ist als bei uns, ist bereits der Plan einer solchen anthropometrischen Statistik aufgestellt worden. Es ist nicht einzusehen, warum Deutschland erst die Verwirklichung dieses Planes abwarten und nicht auf einem so wichtigen Gebiete die Führung übernehmen soll. Die Aufnahme soll sich nach den englischen Vorschlägen erstrecken auf Körpergröße, Brustumfang bei Ein- und Ausatmung, Gewicht, des Kopfes Länge, Breite und Höhe, Schulter- und Hüftbreite, Sehschärfe und Hautfarbe. Daß letztere auch bei uns eine für die Wertigkeit der Bevölkerung wesentliche Rolle spielt, wird zu verneinen sein. Zum Schluß verweist G. darauf, daß schon Rubner betont hat, wie irreführend die Sterblichkeitsstatistik bezüglich des gesundheitlichen Wertes der Bevölkerung ist, wenn ihr keine anthropometrische Statistik zur Seite gestellt wird. F. L.

Die Invalidenrenten.

An die Ärztekammer Berlin-Brandenburg hat der Vorstand der Landesversicherungsanstalt Brandenburg ein Schreiben gerichtet, dessen Inhalt dem Sinne nach hier wiedergegeben werden soll.

Eine vom Reichskanzler aus Anlaß der außerordentlichen Steigerung der bewilligten Invalidenrenten eingesetzte Kommission hat den Bezirk der Versicherungsanstalt bereist, und ihre Erfahrungen geben Anlaß, auf einige wichtige Punkte bei der Ausstellung von Invaliditätsattesten aufmerksam zu machen, die augenscheinlich nicht immer beachtet worden sind.

1. Die Fassung des § 5 Abs. 4. IV.G. bedeutet nicht etwa, daß reichsgesetzliche Erwerbsunfähigkeit mit Berufsinvalidität gleichbedeutend sei. Vielmehr ist die Leistungsfähigkeit des Versicherten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt gemeint. Festgestellte tatsächliche Arbeitsleistung von einiger Dauer schließt im allgemeinen die Erwerbsunfähigkeit i. S. d. G. aus (bei Geisteskranken nicht! Ref.). Niemandem kann zwar zugemutet werden, Arbeiten zu verrichten, die sein Leben oder seine Gesundheit unmittelbar schädigen würden, aber auf normale Abnutzung des Körpers, sowie auf eine gewisse Benachteiligung des Gesundheitszustandes bei älteren oder sonst nicht mehr voll erwerbsfähigen Arbeitern durch die geleistete Arbeit kann kein ausschlaggebendes Gewicht gelegt werden.

2. Invalidität ist nicht gleichbedeutend mit Mangel an Arbeitsgelegenheit.

3. Der Befund darf nicht zu kurz gefaßt sein, sonst hat weder ein Obergutachter, noch eine höhere Instanz, noch ein Nachgutachter die Möglichkeit, sich ein eigenes Urteil über die Sachlage daraus zu bilden. Der Gutachter solle sich vorstellen, daß er Laien aufzuklären habe, damit diese sich ein Urteil bilden könnten. „Herzfehler“, „Augentrübung“ u. dgl. seien keine Befundschilderungen.

4. (Der besonderen Wichtigkeit dieses Absatzes wegen hier wörtlich und gesperrt abgedruckt:) Auch normale Alterserscheinungen begründen nicht ohne weiteres Invalidität im Sinne des Gesetzes, wenn sie auch eine gewisse additionelle Bedeutung haben. Auch bei ihnen bedarf es stets einer näheren Schilderung der vorhandenen Beschwerden und der objektiven Zeichen, namentlich inwieweit die Alterserscheinungen den bei gleichalterigen Arbeitern in ähnlichem Berufe üblichen Zustand übersteigen oder früher eingetreten sind als gewöhnlich, ferner ob sie etwa in erheblichem Grade fortgeschritten oder besonders vorzeitig oder in ungewöhnlich hohem Maße über den normalen Zustand hinaus gesteigert eingetreten sind; denn nicht selten bestehen selbst ausgesprochene Alterserscheinungen, ohne die Arbeitsfähigkeit tatsächlich unter das Drittel sinken zu machen.

5. Es ist sorgfältig zu erwägen, ob etwa das vorhandene Leiden sich in absehbarer Zeit wieder bessern könnte, so daß nicht die Gewährung der dauernden Invalidenrente, sondern nur die sogenannte Krankenrente in Frage stünde.

6. Die Frage seit wann Invalidität vorliegt, wird nicht immer beantwortet. Bei chronischen, schon länger bestehenden Krankheiten muß die Antwort genau begründet werden.

7. Wenn der Arzt sich in seinem Urteil auf Angaben der Rentensucher bezügl. früherer Krankenhausaufenthalte u. dgl. bezieht, muß er angeben, ob und wie er diese Angaben geprüft hat.

8. Es kommt vor, daß trotz ärztlich bescheinigter Erwerbsunfähigkeit die Bewerber wegen nicht erfüllter Wartezeit abgewiesen werden, daß sie nachher wieder arbeiten, um die nötigen Marken zu bekommen und nun nachträglich ihren Antrag mit der Bewerbung wiederholen, sie seien z. Z. der ersten Untersuchung nicht dauernd erwerbsunfähig gewesen. Der Nachgutachter hat sich dann darüber zu äußern, ob die in der Zwischenzeit gemachten Arbeiten nicht bloß Arbeitsversuche vorübergehender Art oder aus Mitleid gewährte Invaliden-Beschäftigungen darstellen, oder ob wirklich in der Zwischenzeit Arbeitsfähigkeit entgegen der ursprünglichen Annahme bestanden hat.

9. Bezüglich der Abschätzung der Folgen äußerer Verletzungen herrscht oft Verschiedenheit bei den Gutachtern. Hier soll nach den vom Reichsversicherungsamt festgestellten Rentensätzen entschieden werden. (Wäre doch dieser Passus weggeblieben! Gelegentliche Meinungsverschiedenheiten sind längst noch nicht so schlimm, wie ein gedankenloses Schematisieren. Es ist irreführend, wenn von „äußeren Verletzungen, die nach der ständigen Rechtssprechung des Reichsversicherungsamts auf dem Gebiete der Unfallversicherung mit bestimmten Prozenten bewertet sind,“ gesprochen wird. Mit bestimmten Prozenten sind nur die in der Invalidenpraxis gewiß nicht zu häufigen glatten Verletzungsfolgen bewertet, und auch bei diesen kann die allgemeine Körperbeschaffenheit, das Alter und Geschlecht wesentliche Abweichungen von der üblichen Prozentzahl begründen. Ref.)

10. Fremdwörter und technische Ausdrücke, die für Laien unverständlich sind, sollen möglichst wegbleiben. Die Schrift soll leserlich sein.

F. L.

Zur Strafrechtsreform

hat die Berlin-Brandenburgische Ärztekammer Erklärungen und Vorschläge ausgearbeitet, die mit eingehender Begründung veröffentlicht und der Kommission des Bundesrates für die Revision des Strafgesetzbuches überreicht werden sollen. Wir geben nachstehend den Wortlaut mit kurzen erklärenden Zusätzen wieder, ohne bei dem Umfang und der Schwierigkeit des Gegenstandes eine Erörterung daran zu knüpfen.

Die Ärztekammer für die Provinz Brandenburg und den Stadtkreis Berlin erklärt:

1. Durch eine Reihe von Bestimmungen des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich werden auch legale ärztliche Berufshandlungen mit Strafe bedroht.
2. Insbesondere wird durch die Beurteilung ärztlicher Berufshandlungen unter dem Gesichtspunkte des Abschnittes XVI (Verbrechen und Vergehen gegen das Leben) und des Abschnittes XVII (Körperverletzung), sowie durch die schwankende Auslegung des Begriffes mangelnder Rechtswidrigkeit bei Ausübung ärztlicher Berufshandlungen eine Rechtsunsicherheit erzeugt, welche die ärztliche Tätigkeit ernstlich zu erschweren und die öffentliche Gesundheit zu schädigen geeignet ist.
3. Ohne Anspruch auf generelle Straflosigkeit ärztlicher Berufshandlungen oder auf die Formulierung eines besonderen Berufsrechts zu erheben, fordert der ärztliche Stand in Rücksicht auf seine gemeinnützige Tätigkeit einen wirksamen, aus der Fassung der gesetzlichen Bestimmungen deutlich erkennbaren Rechtsschutz solcher ärztlicher Berufshandlungen, denen jedes Kriterium eines Vergehens oder Verbrechens abgeht.
4. Einen gangbaren Weg zur Beseitigung der aus jetziger Fassung des Strafgesetzbuches sich ergebenden Unzuträglichkeiten erblickt die Ärztekammer in folgenden Vorschlägen zur Änderung des Str.G.B.:
   a) (Betreffend die §§ 211, 218, 219, 220, 223, 223a, 224, 226, 228.) [§ 211 Tötung mit Vorsatz und Überlegung, §§ 218—220 Fruchttötung, §§ 223—228 vorsätzliche Körperverletzung.]

Einführung eines § 54a in den IV. Abschnitt (Gründe, welche die Strafe ausschließen und mildern):

Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn die Handlung:

1. von einem approbierten Arzte in Ausübung seines Berufes innerhalb der Regeln der ärztlichen Wissenschaft begangen wird und nicht in bewußtem Widerspruche steht mit der freien Willensbestimmung desjenigen, an welchem die Handlung begangen wird, oder seines gesetzlichen Vertreters;
2. von einem approbierten Arzte in Ausübung seines Berufes innerhalb der Regeln der ärztlichen Wissenschaft begangen wird, insoweit sie zur Rettung eines anderen aus einer gegenwärtigen, auf ungefährlichere Weise nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben bestimmt ist.

Für den Fall der Ablehnung des § 54a durch die gesetzgebenden Faktoren

α) Zusatz zu § 211:

Der § 211 findet keine Anwendung auf die mit Überlegung erfolgte Tötung des zur Geburt stehenden Kindes, wenn sie zur Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit der Kreißenden durch einen approbierten Arzt erfolgt.

Desgleichen.

β) Zusatz zu §§ 218, 219, 220:

Die von einem approbierten Arzte zur Abwendung von Gefahr für Leben und Gesundheit vorgenommene Entfernung der Frucht aus dem Mutterleibe fällt nicht unter den Begriff der Abtreibung, bzw. Tötung.

Desgleichen.

γ) Zusatz zu §§ 223, 223a, 224, 226, 228:

Die Handlung ist straflos, wenn sie

1. von einem approbierten Arzte in Ausübung seines Berufes innerhalb der Regeln der ärztlichen Wissenschaft begangen wird und nicht in bewußtem Widerspruche steht mit der freien Willensbestimmung desjenigen, an welchem die Handlung begangen wird, oder seines gesetzlichen Vertreters;
2. von einem approbierten Arzte in Ausübung seines Berufes innerhalb der Regeln der ärztlichen Wissenschaft begangen wird, insoweit sie zur Rettung eines anderen aus einer gegenwärtigen, auf ungefährlichere Weise nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib oder Leben bestimmt ist.

b) (Betreffend § 300). [Berufsgeheimnis.]

Das Wort „unbefugt" zu streichen und folgenden Absatz 2 hinzuzufügen:

Die Offenbarung ist straflos wenn sie mit Genehmigung der anvertrauenden Person oder in Wahrnehmung berechtigter Interessen erfolgt.

c. (Betreffend § 327.) [Verletzung der Absperrungs- oder Aufsichtsmaßregeln zur Verhütung der Einführung oder Verbreitung ansteckender Krankheiten.]

Folgenden Absatz 2 hinzuzufügen:

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Geldstrafe . . . . . . ein.

Société Internationale de la Tuberculose.

In Paris hat sich eine neue Gelehrtengesellschaft gebildet unter dem Namen „Société Internationale de la Tuberculose".

Der Sitz der Gesellschaft befindet sich in Paris. Die Versammlungen finden monatlich statt und zwar auf Einladung des Generalsekretärs.

Der Zweck der Gesellschaft ist das Studium aller auf die Tuberkulose sich beziehenden Fragen, sowie die Zentralisation der Abwehrmittel.

Die Arbeiten werden veröffentlicht.

Die Gesellschaft besteht aus Ärzten und Gelehrten, die in Besitz eines Diploms einer französischen oder ausländischen Fakultät oder Universität sind.

Zur Aufnahme muß ein Antrag an den Vorstand gerichtet werden, der erstere muß von dem Bureau angenommen und von der Generalversammlung bestätigt sein.

Der Jahresbeitrag beträgt Frcs. 10.

Anfragen sind an Herrn Dr. Georges Petit, Generalsekretär, 51, rue du Rocher, Paris, zu richten.

Der X. internationale Kongreß gegen den Alkoholismus

in Budapest ist auf die Tage vom 12.—16. September 1905 angesetzt worden. In das Arbeitsprogramm sind folgende Referate aufgenommen worden: 1. Der Einfluß des Alkohols auf die Widerstandsfähigkeit des menschlichen und tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung. 2. Die hygienische Bedeutung des Kunstweines gegenüber dem Alkoholgenuß überhaupt. 3. Ist Alkohol ein Nahrungsmittel? 4. Alkohol und Geschlechtsleben. 5. Alkohol und Strafgesetz. 6. Die kulturellen Bestrebungen der Arbeiter und der Alkohol. 7. Alkohol und physische Leistungsfähigkeit mit besonderer Berücksichtigung des militärischen Trainings. 8. Die Organisation der Alkoholbewegung. 9. Schule und Erziehung im Kampfe gegen den Alkohol. 10. Die Reform des Schankwesens. 11. Die industrielle Verwertung des Alkohols als Kampfesmittel gegen den Alkohol. 12. Der verderbliche Einfluß des Spirituosenhandels auf die Eingeborenen in Afrika. Als Referenten haben zugesagt: Gruber (München), Kassowitz, Wlassak (Wien), van der Velde (La Hulpe), Forel (Chigny), Lombroso (Turin), Bleuler (Zürich), Müller (Groppendorf), Hähnel, Eggers (Bremen), Malins (Birmingham), Legrain (Paris), Helenius (Helsingfors), Maday, Vambéry, Kiss, Stein, Malcomes, Klemp (Budapest), Fischer (Pozsony). Alle Zuschriften sind an das Exekutivkomitee des Kongresses, Budapest, IV. Kösponti-városhaza, zu richten. Um vielen deutschen Vertretern zum Besuche des Kongresses Gelegenheit zu geben, ist der vom „Allgemeinen deutschen Zentralverbande zur Bekämpfung des Alkoholismus" vorzubereitende III. deutsche Abstinententag in Dresden auf den 9. und 10. September 1905 festgesetzt; alle sich auf ihn beziehenden Anfragen sind an den Vorsitzenden des „Allgemeinen deutschen Zentralverbandes" Franziskus Hähnel (Bremen) oder an den Geschäftsführer desselben Dr. R. Kraut (Hamburg 19) zu richten.

Berichtigungen.

In dem Aufsatz von Sanitätsrat Dr. Augstein „Die praktische Untersuchung auf Farbenblindheit" in voriger Nummer sind folgende Druckfehler zu berichtigen:

1. In der 14. Zeile fehlt „und" vor: durch den Maxwellschen Farbenkreisel.

2. In der 19. Zeile muß es heißen: dichromatischen Systems statt trichromatischen.

3. Zu der 2. Spalte in der 11. Zeile muß es heißen Grün statt Rot.

Ferner muß es in dem von Herrn Kreisgerichtsrat Dr. Bruno Hilse verfaßten Beitrag zum Gebührenwesen heißen:

Auf S. 102, Spalte II beim zweiten Absatz § 69 statt 99; ebenda im letzten Absatz Zeile 11 ist hinter „worden" einzufügen; um vorzubeugen., und 4 Zeilen weiter ist statt „genommen„ zu lesen: gewonnen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 7. Ausgegeben am 1. April.

Inhalt:

Über einen Fall von traumatischer Hysterie mit ungewöhnlicher Häufung von Symptomen.

Von

Dr. Georg Flatau,

Nervenarzt in Berlin.

Vor 3 Monaten wurde mir die 24¾ Jahre alte unverheiratete L. zur Behandlung und Begutachtung seitens der zuständigen Berufsgenossenschaft überwiesen. Sie hatte im Juli 1904 einen Unfall erlitten und war in der Folge von anderen Ärzten behandelt, später für größtenteils erwerbsunfähig erklärt worden. Ich hatte die Verletzte etwa 2 Jahre vor dem Unfall bereits wegen nervöser Störungen behandelt und folgendes festgestellt: Patientin gab an, bis zum Jahre 1903 gesund gewesen zu sein, sie will auch nicht besonders nervös gewesen sein, beschäftigt war sie in einem Modenatelier. Vater gesund, Mutter litt an Ohnmachten, eine Schwester litt an krampfartigen Zufällen, als Ursache für diese wird angegeben, daß sie sich einmal im Gesellschaftskreise scherzweise hatte hypnotisieren lassen*), sonst sind in der Familie keine Nervenkrankheiten bekannt. Als Patientin einmal vorn auf dem Perron eines elektrischen Bahnwagens stand, wurde dieser von einer Droschke angefahren. Patientin erlitt zwar selbst keine Verletzung, wohl aber einen heftigen Schreck, infolgedessen sie sofort bewußtlos umfiel. Seit jener Zeit litt sie an Anfällen, die sie als einfache Ohnmachten beurteilt, die aber nach weiterer Exploration anders zu deuten sind. Es gelang mir auch, einen Anfall derart zu sehen. Danach leiteten sich zum Teil jene Anfälle mit einem Angstgefühl ein, dann trat ein Zustand von Bewußtlosigkeit ein, bei dem die Kranke entweder gar nichts von dem, was um sie herum vorging, wahrnahm, oder nur eine dumpfe Empfindung hatte, dabei bestanden unregelmäßige klonische Zuckungen, sie riß sich die Kleider auf, zerkratzte sich das Gesicht, die Brust, manchmal waren Schreikrämpfe vorhanden; für gewöhnlich bestand Amnesie für die

*) Außer diesem Falle kenne ich noch mehrere, in denen laienhafte Hypnose-Versuche zu üblen Folgezuständen führten; ich hoffe bald darüber ausführlicher veröffentlichen zu können.

Anfälle. Die Dauer derselben differierte von $^1/_2$—1 und mehr Stunden. In einem Anfalle, den ich sah, konnte ich feststellen, daß die Pupillen reagierten, dagegen erfolgte auf Anrufen, Schmerzreize keine Reaktion seitens der Kranken. Niemals Zungenbiß, niemals Urinabgang. Außer den Krämpfen bestand Appetitlosigkeit, häufig schlechter Schlaf, Aufgeregtheit. Nach längerer Behandlung hörten die Erscheinungen vollkommen auf, Patientin fühlte sich gesund, hatte über ein Jahr lang keine Anfälle mehr und arbeitete regelmäßig weiter.

Im Juli 1904 erlitt sie einen Unfall: während sie in kniender Stellung mit etwas nach oben gewandtem Gesicht beschäftigt war, fiel ihr ein Bügeleisen von beiläufig 10 Pfund Schwere auf die Stirn, von einer Höhe, die sie auf 1 m angibt. Genau konnte das nicht mehr festgestellt werden. Die Verletzte war sofort bewußtlos, wie lange die Bewußtlosigkeit dauerte, weiß sie nicht, auf der Stirn war die Haut abgeschürft, am Abend hat die Verletzte mehrmals erbrochen. Gleich am nächsten Tage stellte sich Blutandrang zum Kopf und starkes Angstgefühl ein, dann auch Schwindelgefühl, so daß sie meist liegen mußte, doch war sie zugleich so von Angst und Unruhe geplagt, daß sie es im Bette nicht aushalten konnte, sie brachte den Tag auf dem Sofa liegend zu; in letzter Zeit will sie infolge des Schwindels mehrmals auf der Straße umgefallen sein. Acht Tage nach dem Unfall stellte sich ein Gefühl von Schwere in der linken Körperhälfte ein, auch eine Taubheit in der ganzen linken Körperhälfte, die sie veranlaßte, ihre Empfindlichkeit für Schmerzreize selbst zu prüfen, sie nahm dabei wahr, daß sie kein Gefühl für Schmerzreize und Berührungen auf der linken Seite hatte, sie hatte dabei das Gefühl, als ob sie schief ginge und immer nach der rechten Seite hinüberhänge, sie magerte zudem ab, war sehr appetitlos, schlief schlecht, will viele Nächte hintereinander ganz schlaflos gewesen sein. Sie war äußerst schreckhaft, sehr empfindlich gegen Lichteindrücke, lärmende Umgebung brachte sie völlig außer sich. Die Verletzte wurde auf Grund der Zeugnisse anderer Ärzte für erwerbsunfähig erklärt.

Im November 1904 wurde sie mir überwiesen; die Anamnese ergab in Ergänzung der oben angeführten Klagen weiterhin, daß die Verletzte bei einem Anfall Angst und Verwirrtheit mit Gehörs- und Gesichtshalluzinationen gezeigt hatte, letztere hatten einen Inhalt derart, daß sie sich bedroht und verfolgt glaubte; sie gibt selbst an, sie sei zu der Zeit nicht ganz klar im Kopf gewesen. Im weiteren Verlaufe stellten sich auch Krampfanfälle der oben beschriebenen Art ein, Spuren derselben waren als Kratzwunden im Gesicht und an der Brust festzustellen. Einer der Angehörigen bestätigte die Angaben über Schlaflosigkeit.

Ich gebe zunächst das Resultat der ersten Untersuchungen und werde nachher die während des Verlaufes der Behandlung und Beobachtung eingetretenen weiteren Erscheinungen beschreiben.

Die Verletzte ist unter Mittelgröße, und im Vergleich zu früher wesentlich magerer, die Gesichtsfarbe blaß, die Schleimhäute ungenügend injiziert; der Gesichtsausdruck hat etwas Trübes, Verdrossenes, Finsteres, die Gemütsstimmung ist gedrückt; sie äußert häufig die Idee, sie würde nicht mehr gesund, und spricht von Selbstmord. Die Augenbrauen sind meist in die Höhe gezogen, der Kopf gesenkt, wie man es bei mit dauerndem Kopfschmerz behafteten Personen wohl beobachtet. Die Bewegungen haben alle etwas Müdes, Lässiges, Schwerfälliges. Am rechten kleinen Finger hat sie eine von einer früheren Verletzung herrührende Narbenkontraktur. Beim Gehen wird das linke Bein nachgezogen und der Akzent mehr auf das rechte Bein in unregelmäßiger Weise gelegt; doch ist das nicht bei allen Untersuchungen in gleicher Weise ausgesprochen. Beim An- und Auskleiden bedient sie sich zunächst beider Arme in gleicher Weise; es fällt aber auf, daß sie den linken Arm ab und zu wie ermüdet sinken läßt, eine wesentliche Ungeschicklichkeit läßt sich nicht wahrnehmen. Erheblich hochgradiger stellt sich bei der Untersuchung die motorische Schwäche der linksseitigen Extremitäten dar. Der Händedruck ist links äußerst matt und steigert sich auch bei Zureden und Ablenken der Aufmerksamkeit nicht in nennenswerter Weise; läßt man den im Ellbogen gebeugten Arm gegen Widerstand strecken, so geschieht das ebenfalls mit sehr geringer Kraft, bei plötzlichem Nachlaß des Widerstands geht meist der Arm noch in der erstrebten Bewegungsrichtung weiter, doch nicht immer. Ceteris paribus gilt alles dieses auch für die untere Extremität; zwar ist hier die grobe Kraft etwas besser, doch steht das Untersuchungsergebnis auch hier in einem Mißverhältnis zu den außerhalb der Untersuchung geleisteten gewöhnlichen Bewegungen beim Stehen und Gehen.

Nadelstiche werden auf der ganzen linken Seite bis genau zur Mittellinie entweder garnicht, oder nur als leise Berührung angegeben, das gleiche gilt für die Prüfung mit dem faradischen Pinsel, selbst starke Pinselströme rufen keine Reaktion hervor, dagegen besteht eine Überempfindlichkeit der ganzen rechten Körperhälfte, die ganz besonders am Rücken ausgesprochen ist: während links Berührungen gar nicht wahrgenommen werden, wird rechts ein festes Auflegen der Hand als unangenehm und schmerzhaft angegeben. Die Überempfindlichkeit ist eine so große, daß Patientin stets bei Berührung der rechten Körperhälfte heftig zusammenfährt. Es geschah das auch bei intensiv abgelenkter Aufmerksamkeit und auch im hypnotischen Zustande war die Überempfindlichkeit vorhanden. Ließ man die Verletzte längere Zeit im hypnotischen Schlaf, und berührte dann die rechte Seite wie unabsichtlich, so zuckte sie, und man sah auf dem Gesicht den Ausdruck der Schmerzen hervortreten. Die Lageempfindung erwies sich ebenfalls als gestört, die Verletzte wollte nicht angeben können, welche Lage man der linken Hand gab, welche Stellung man den einzelnen Fingern gab; ließ man sie bei geschlossenen Augen mit der rechten Hand nach der linken greifen, so fuhr sie regelmäßig an der linken Hand vorbei. Über die Temperaturempfindung konnte ich keine einwandfreien Angaben erhalten. Sie gab spontan an, auf dem linken Ohr schlechter zu hören, auch Geruch und Geschmack waren nach den Angaben und dem Ergebnis der Prüfung herabgesetzt. Die Sehnenphänomene waren dauernd stark gesteigert. Über die Sehstörung berichte ich im Zusammenhang mit den im weiteren Verlaufe auftretenden Erscheinungen, die sich fast alle auf das Sehorgan bezogen.

Nachdem die Verletzte schon mehrmals angegeben hatte, sie sähe auf dem linken Augen schlechter, teilte sie im Verlaufe der Behandlung mit, daß sie namentlich auf dem linken Auge die von außen herkommenden Gegenstände des Gesichtsfeldes nicht deutlich wahrnehme, einige Tage später klagte sie über Lichtscheu, Doppeltsehen auf dem linken Auge, Unmöglichkeit, den Blick nach links zu wenden. Auch die anderen Augenbewegungen waren ihr sehr erschwert. Die Untersuchung*) ergab: Patientin hielt den Kopf gesenkt, und etwas nach rechts gedreht, sie ist schwer dazu zu bringen, zu fixieren, weil sie infolge der Lichtscheu andauernd die Augen zusammenkneift. Kokain hat keinen Einfluß auf die Lichtscheu. Zeichen einer Konjunktivitis bestehen nicht; ein mattblaues Glas gewährt ihr Erleichterung. Das Gesichtsfeld ist links stark konzentrisch eingeengt, in der Form des röhrenförmigen Gesichtsfeldes, es wird fast nur zentral gesehen; rechts ist die konzentrische Einengung wesentlich geringer.

---

*) Herr Dr. Loeser hatte die Freundlichkeit die Untersuchung zu kontrollieren und zu vervollständigen, wofür ich ihm auch an dieser Stelle bestens danke.

Vorgehaltene Gegenstände werden auf dem linken Auge doppelt gesehen, die Bilder stehen nebeneinander durch einen etwa 10 cm breiten Zwischenraum getrennt; bei binokulärem Sehen gibt sie an, neben den Doppelbildern noch einen hellen, dem Gegenstande gleichen Schein zu sehen, welcher verschwindet, wenn sie das rechte Auge zuhält.

Die Prüfung ist durch die Lichtscheu erschwert, auch ist es schwer, die Untersuchte zum dauerndem Fixieren zu veranlassen, da sehr schnell Ermüdung eintritt. Immerhin sind die Angaben bei allen Untersuchungen durchaus konstant. Zu gleicher Zeit stellt sich eine weitere Beschwerde ein, sie war bei Aufforderung nicht imstande, den Blick nach rechts oder links zu wenden, besonders deutlich war die Blickbeschränkung nach links; für gewöhnlich hielt sie den Blick geradeaus gerichtet, doch kamen hier und da spontane Blickbewegungen vor, es gelang ferner, wenn man sie aufforderte zu fixieren und dann eine Drehung des Kopfes nach den Seiten vornahm, wobei der Blick geradeaus gerichtet blieb, zu zeigen, daß eine wirkliche Lähmung nicht vorlag. Dabei war der Augenhintergrund normal, eine Akkommodationsstörung lag nicht vor, die Pupillenreaktion war vorhanden. Facialis und Hypoglossus vollkommen frei.

Unter elektrischer, hypnotischer und Bäderbehandlung trat zunächst nur eine geringe Besserung ein, eine Besserung der Lichtscheu ermöglichte eine erneute Augenuntersuchung, doch waren die Angaben bezüglich des Doppelsehens die gleichen. Die Pupillenreaktion war stets normal; ein Krampfzustand des Sphinkter oder Dilatator war nicht vorhanden.

Die Sensibilitätsstörung blieb im allgemeinen wie beschrieben, breitete sich dann auf einige Stellen der rechten Seite aus, wo sie schließlich den ganzen rechten Arm und ein Teil der Schulter betraf, während an anderen Stellen Hyperalgesie weiter bestand. Bei der letztvorgenommenen Prüfung fand ich auch eine Analgesie der Schleimhaut des Mundes, der Nase, der Zunge.

Wir haben also folgendes Bild; bei einem jungen Mädchen, in dessen Familie nervöse Erkrankungen nachweisbar sind, und das einmal infolge eines Nervenshocks an krampfartigen Attacken und anderen Beschwerden litt, entwickelte sich, nachdem es ca. $1^1/_2$ Jahre gesund und arbeitsfähig gewesen war, im Anschluß an ein Trauma ein neues Nervenleiden.

Die geschilderten Krankheitszeichen lassen keinen Zweifel zu, daß es sich um eine ziemlich schwere Hysterie handelt, von großem Interesse ist die Häufung der nervösen Symptome, die Vereinigung von Ausfalls- und Reizerscheinungen. Die Ausfallserscheinungen betreffen vor allem die linke Seite und bestehen in motorischer Schwäche, Analgesie, Anästhesie, Störung des Lagegefühls bis genau zur Mittellinie, hochgradige konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes (röhrenförmiges Gesichtsfeld), Herabsetzung bzw. Verlust von Geruch, Geschmack, Herabsetzung der Hörschärfe, Parese der Augenmuskeln, linksseitiges Doppeltsehen.

Nun sieht man wohl bei der nicht traumatischen Hysterie eher Fälle, die eine außerordentliche Häufung von Symptomen aufweisen, indessen ist das doch bei der traumatischen Hysterie wesentlich seltener, ferner ist das Krankheitsbild bei traumatischer Genese fast nie so rein, ohne besondere Vermischung neurasthenischer, hypochondrischer Elemente.

Freund[1]) hat solche Fälle auffallend reiner Hysterie beschrieben und versucht, sie zu scheiden, in solche, in denen vorwiegend die sensorisch sensible Sphäre betroffen ist, in solche, in denen lediglich Motilitätsstörungen vorliegen, schließlich Kombinationen beider.

[1]) Volkmannsche Sammlung Nr. 51. 1892.

Unser Fall würde in die letztgenannte Kategorie gehören. Die hochgradige konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes in allen Entfernungen (röhrenförmiges Gesichtsfeld) ist ebenfalls ein Symptom, das bei der traumatischen Hysterie äußerst selten angetroffen wird, während die einfache Einengung des Gesichtsfeldes für Weiß und Farben zu den konstanten Symptomen der traumatischen Neurosen gehört; nur ausnahmsweise ist sie so beträchtlich, daß nur zentral gesehen wird, wie hier.

Lichtscheu und Blendungsgefühl beschrieb Oppenheim[1]) als Zeichen der Hyperästhesie des Sehnerven und gibt an, daß sich einigemale als Ausdruck dieser Hyperästhesie eine abnorm schnelle und lebhafte Pupillarlichtreaktion zeigte. In unserem Falle war zwar die Lichtscheu und die dadurch erzeugte Kopfhaltung und das Verhalten der Augenlider sehr deutlich ausgesprochen, doch konnte die Pupillarlichtreaktion nicht als sonderlich schnell bezeichnet werden. Die Erklärung des monokulären Doppeltsehens stößt in unserem Falle auf Schwierigkeiten, in manchen Fällen konnte man spastische oder paretische Zustände der Binnenmuskulatur heranziehen, was hier nicht angängig ist, da die Pupillen keinerlei Abnormitäten darboten.

Nach Parinaud ist der Akkommodationskrampf die Grundlage der hysterischen Diplophie und Charcot (zitiert bei Binswanger) hat auf das Vorkommen des Akkommodationskrampfes bei traumatischer Hysterie hingewiesen.

Ein Wort verdient noch die Bewegungsbeschränkung der Augäpfel. Häufig verbindet sich bei der Hysterie mit Lähmung eines äußeren Augenmuskels Spasmus eines anderen oder es handelt sich nur um Spasmen ohne Paresen; hier fehlten sicher die Spasmen, Schielen wurde nicht beobachtet, das Fehlen einer wirklichen Lähmung ergab sich aus der Möglichkeit der Blickwendung bei Drehbewegung des Kopfes beim fixierten Blick. Es handelt sich hier also um eine psychogene motorische Schwäche der assoziierten Seitwärtsbewegung.

Neues über die Strychninwirkung.

Von

Dr. Max Martin.

Die Arbeiten über Strychninvergiftung, durch die bekannten Mordprozesse in der Mitte des vorigen Jahrhunderts hervorgerufen, sind außerordentlich zahlreich. Sie stammen naturgemäß zum größten Teil aus jener Zeit, und nur sehr wenige sind jüngeren Datums; mußte doch jeder, der die stattliche Reihe der Autoren und ihre Erfolge übersah, zu der Ansicht kommen, daß dies Gebiet hinsichtlich seiner wissenschaftlichen Ausbeute erschöpft sei.

Kurz zusammengefaßt können wir folgendes als das Ergebnis der bisherigen Untersuchungen betrachten: Das Strychnin ist ein starkes Krampfgift; seiner Wirkung unterliegt in erster Linie das Rückenmark und seine Ausläufer; zur Entfaltung seiner Wirkung muß es in das Blut übergehen, auf die nervösen Organe direkt gebracht, ist es wirkungslos (Harley, Ipsen, Tardieu u. a.). Dementsprechend legte man auf die Art der Beibringung des Giftes nur geringen Wert; man hatte die Resorption ins Blut abzuwarten, und konnte dann die Giftwirkung beobachten; ebenso war es erklärlich, daß man sich von der intravenösen Injektion des schnellsten und sichersten Erfolges versah.

Schon früh hatte Koellicker die starke Strychninwirkung betont, die man erzielen sollte, wenn man das Gift direkt auf das Rückenmark brächte; er wurde jedoch bald durch andere Autoren widerlegt, und man ist bisher nicht wieder auf diesen Punkt eingegangen. Die in Betracht kommenden Versuche be-

[1]) Oppenheim, Die traumatischen Neurosen.

standen in der Hauptsache darin, daß man das Rückenmark oder einen Nerven eines Versuchstieres durch einen Eingriff freipräparierte und dann mit einer Strychninlösung behandelte. Die Ergebnisse waren nicht derart, daß man eine direkte Einwirkung annehmen konnte.

Bei Gelegenheit einer größeren Arbeit unternahm ich letzthin eine Anzahl von Versuchen mit Strychnin und bediente mich dabei der peroralen, subkutanen, intravenösen Applikation; ihnen fügte ich eine Reihe an, in der ich das Gift durch Lumbalpunktion dem Tiere einverleibte. Dabei erhielt ich übereinstimmend Resultate, die geeignet sind, unsere bisherigen Anschauungen über die Art der Strychninwirkung auf das Rückenmark wesentlich abzuändern.

Bei der Fütterung mit Strychninlösung, bei der subkutanen Injektion und der intravenösen blieben die Resultate denen anderer Forscher gleich. Ganz anders jedoch verhielt es sich bei der intraduralen Injektion, und es ist der Zweck dieser Zeilen, über diesen Punkt eine kurze Nachricht zu geben.

Um das Resultat meiner Untersuchungen vorweg zu erörtern, so fand ich folgendes: Die subkutane und perorale Beibringung des Strychnins zeitigen hinsichtlich der Heftigkeit und Schnelligkeit ungefähr dieselben Erscheinungen. Sie werden übertroffen von der intravenösen Injektion; sie alle übertrifft bei weitem die intradurale Injektion mittels Lumbalpunktion. Die nachstehende Tabelle veranschaulicht diese Verhältnisse; es ist dazu zu bemerken, daß bei allen Versuchen eine wässerige Lösung von Strychninum nitricum in Einzeldosen von $1/4$—$1/2$ mg in viertel- bis halbstündigen Pausen verabfolgt wurde, und daß durchweg gleichgroße, ausgewachsene Kaninchen als Versuchstiere dienten.

Wir erkennen sofort, daß sich die Zahlenwerte in Tabelle IV ganz bedeutend von denen der übrigen Tabellen unterscheiden. Sie sind durchweg niedriger als die andern. Wir sehen aus ihnen, daß wir durch die Lumbalpunktion imstande sind, mit viel geringeren Giftmengen und in erheblich kürzerer Zeit wesentlich stärkere Vergiftungserscheinungen an den Tieren auszulösen, als es mit irgendeiner der andern Applikationsmethoden gelingt. Die geringste zum Versuch verwandte Giftmenge, 0,00025 g, verursacht bei intraduraler Injektion bereits deutliche Strychninsymptome; das vierfache dieser Menge ist notwendig, um intravenös beigebracht eine Wirkung hervorzurufen, mehr als das achtfache brauchen wir aber, um subkutan oder peroral zum Ziele zu kommen.

Die beiden ersten Gruppen, subkutane und perorale Vergiftung, dürfen wir wohl als in der Wirkung gleichwertig betrachten, wenn wir dabei nur bedenken, daß die subkutane Methode wohl immer die exaktere von beiden ist und genauere Resultate gibt; denn bei der peroralen sprechen der Füllungszustand des Magens und Darmes, katarrhalische Veränderungen usw. mit und können das Bild trüben.

Wirksamer als diese beiden ist die intravenöse Injektion: denn bei ihr fällt die Resorption aus dem Verdauungsapparat oder dem subkutanen Gewebe fort. Daß aber mit der Aufnahme ins Blut das Strychnin noch nicht, wie man bisher annahm, am Orte seiner Wirksamkeit angelangt ist, das zeigen uns die Ergebnisse, die wir bei der intraduralen Injektion (Gruppe IV) sahen.

Denn es genügt, nur eine kleine Menge des Giftes in den Liquor cerebrospinalis zu bringen, um in demselben Augenblick das Bild der Strychninvergiftung in heftigster Form vor Augen zu sehen. Nach der Injektion dauert es nur Sekunden, bis der Krampfanfall zum Ausbruch kommt; dies ist bei keiner der anderen Vergiftungsarten der Fall. Dabei bedarf es zur Erzeugung einer starken Strychninwirkung nur äußerst minimaler Giftmengen, von denen wir bei andersartiger Einverleibung gar keine oder nur sehr schwache Erfolge sehen. Während wir mit 1 mg Strychnin ein Tier intradural töten oder schwer vergiften, können wir ihm diese Menge peroral oder subkutan und intravenös geben, ohne daß es für gewöhnlich eine wesentliche Beeinträchtigung erleidet.

Art der Einführung des Strychnins	Gesamtmenge in Gramm	Versuchsdauer	Zeit bis zum Eintritt der ersten Symptome	Erfolg
I. Peroral	0,001	1 Std	—	—
„	0,0015	1 Std.	—	—
„	0,003	2 Std.	2 Std.	Leichte Unsicherheit; einzelne klonische Zuckungen; geht allmählich vorüber.
„	0,004	2 Std	2 Std	Heftiger allgem. Krampfzustand. Opisthotonus. Heilung.
II. Subkutan	0,001	$1/2$ Std.	—	—
„	0,0015	$1/2$ Std.	—	—
„	0,002	$3/4$ Std.	—	—
„	0,0025	$1 1/2$ Std	1 Std.	Leichter Opisthotonus: Heilung.
„	0,003	$2 1/2$ Std.	2 Std.	Leichter Opisthotonus nach passiv. Bewegung. Heilung.
„	0,003	$1 1/4$ Std.	1 Std.	Allgem. Krämpfe (leicht); Heilung.
„	0,0035	$1 1/2$ Std.	$1 1/2$ Std.	Heftiger, kurzer Krampf nach der letzten Inj. ÷.
III. Intravenös	0,001	$3/4$ Std.	10 Min.	Ängstlich; unsicher auf den Beinen. Heilung.
„	0,00125	1 Std.	3 Min.	Hinterbeine versagen, leichte Unsicherheit. Nach der letzten Inj. heftiger Krampfanfall. Nach Venaesectio und Kochsalzinfusion sofort Heilung.
„	0,0015	1 Std.	10 Min.	Nach 10 Minuten leichter Krampf; später plötzlicher, starker Krampf und plötzlicher Tod.
IV. Intradural	0,00025	1 Std.	4 Min.	Fällt auf den Bauch, ausfahrende Bewegungen mit den Beinen, klonische Zuckungen. Heilung.
„	0,00075	1 Std.	1 Min.	Schwerer allgem. Krampf. Schlägt knallend mit dem Kopf auf den Boden: klingt in 15 Minuten ab. Heilung.
„	0,0005	1 Std.	2 Min.	Starker allgem. Krampf. Geht nach 10 Minuten zurück.
„	0,0005	1 Std.	sofort	Sofort schwerer Anfall: geht allmählich zurück.
„	0,0005	1 Std.	$1/2$ Min.	Tetanische Zuckungen Opisthotonus. Heilung.
„	0,001	2 Std.	sofort	Nach der ersten Injektion ($1/2$ mg) starker Anfall: klingt ab; nach weiteren $1/4$ mg erneuter Anfall: nach weiteren $1/4$ mg abermals heftiger Anfall. Heilung nach 2 Std.
„	0,001	$1 1/2$ Std.	sofort	Sofort schwerer Anfall: wiederholt sich nach jeder Injektion; nach der dritten Injektion †.
„	0,0015	$1 1/2$ Std.	sofort	Desgl.: Nach der vierten Injektion †.

Wir sehen bei dem intradural behandelten Tier den Krampfanfall gleich zu Beginn auf seiner Höhe; mit der sich allmählich vollziehenden Verteilung des Giftes in die übrigen Körpersäfte klingt er ab; umgekehrt erklärt sich das Auftreten

von Vorboten und das deutliche Stärkerwerden der Vergiftungserscheinungen bei den auf andere Weise vergifteten Tieren mit dem allmählich zunehmenden Giftgehalt ihrer Spinalflüssigkeit. Daß die Dauer bis zum Eintritt der Erscheinungen bei der spinalen Injektion zwischen Sekunden und ein bis zwei Minuten schwankt, darf nicht wundernehmen, wenn wir die Technik der Lumbalpunktion bei einem kleinen Tiere berücksichtigen; die Verteilung der Injektionsflüssigkeit im Wirbelkanal ist dabei manchen Zufälligkeiten unterworfen.

Bei der intravenösen Methode vergehen im Durchschnitt 10 Minuten, bei der subkutanen und peroralen bis zu einer Stunde und noch mehr bis die Wirkung eintritt. Wir können mit Recht auch aus diesen gewaltigen Zeitunterschieden schließen, daß eine weitere Resorption erfolgt und erst die Spinalflüssigkeit vergiftet sein muß, bis wir eine Wirkung erwarten können. In der Tat gelang es denn auch beim subkutan oder peroral vergifteten Tiere in der zu Beginn der tetanischen Erscheinungen entnommenen Spinalflüssigkeit Strychnin durch die Farbenreaktion nachzuweisen, während das Blut schon kurz vorher die positive Reaktion gab.

Ich will auch kurz eines Versuches gedenken, den ich gewissermaßen als Kontrolle der übrigen vornahm, weil aus ihm deutlich hervorgeht, daß es bei der Strychninvergiftung mit der Vergiftung des Blutes allein nicht getan ist. Einem Kaninchen wurden 10 cm von einander entfernt 2 Kanülen in den Spinalkanal gelegt und dann in Pausen von 20 Minuten viermal je 1 mg Strychnin subkutan gegeben. Diese oder eine etwas geringere Menge stellte die für das Tier tötliche Dosis dar. Inzwischen wurde andauernd in kurzen Pausen von der unteren Kanüle aus warme physiologische Kochsalzlösung in den Spinalkanal gebracht und sogleich wieder aspiriert. Auf diese Weise wurde ein fortwährendes Fluktuieren im Spinalkanal unterhalten, und es fand gewissermaßen ein Auslaugen desselben statt. Das Ergebnis war, daß während der Versuchsdauer von 3 Stunden und auch nachher nicht das geringste Strychninsymptom auftrat, während mehrere entnommene Blutproben deutliche Strychninreaktion gaben. Die große Strychninmenge kreiste also im Blute, konnte aber bei dem Tiere keine Vergiftungserscheinung zustande bringen, weil sie zum Ort ihrer Wirkung, der Spinalflüssigkeit nicht zugelassen wurde.

Nach dem Gesagten können wir also den Schluß aufstellen, daß die bisher allgemein für richtig gehaltene Anschauung, das Strychnin habe auf die nervösen Organe, vornehmlich das Rückenmark, direkt keinen Einfluß, sondern müsse zur Entfaltung seiner Wirkung in das Blut übergehen, nicht zu Recht besteht. Vielmehr bedarf es für das Zustandekommen der typischen Strychninwirkung lediglich der Aufnahme in den Liquor cerebrospinalis. Und wenn wir auch in allen praktisch vorkommenden Fällen von Strychninvergiftung naturgemäß stets Strychnin im Blute finden werden, so ist doch die Etappe der Blutresorption entbehrlich, sobald wir das Gift direkt in den Wirbelkanal einbringen.

Es könnte erstaunlich scheinen, daß ältere gewissenhafte Untersucher trotz eingehender Studien dazu kamen, eine direkte Wirkung des Strychnins auf das Rückenmark zu bestreiten; sie arbeiteten zu einer Zeit, da man die Lumbalpunktion noch nicht kannte, und mußten sich mit einem viel primitiveren Verfahren, der breiten chirurgischen Freilegung des Rückenmarkes behelfen. Es ist unschwer einzusehen, daß ein großer Unterschied zwischen dem jetzigen subtilen Verfahren der intraduralen Injektion und dem früheren besteht, das nur ein in seiner Vitalität schwer geschädigtes Rückenmark der Untersuchung zugänglich machte.

Referate.

Sammelberichte.

Schulhygiene.

Von Dr. med. Rietz, prakt. Arzt, Berlin.

Über die Verhütung von Infektionskrankheiten in der Schule hielt Prof. Ferd. Hueppe auf dem 1. internationalen Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg einen Vortrag, welcher abgedruckt ist in der Berl. klin. Wochschr. 1904 Nr. 18. Vortragender war bestrebt, die für das Kindesalter in Betracht kommenden Infektionskrankheiten vom Standpunkt der Schulhygiene zu gruppieren. Die von den verschiedenen Staaten getroffenen Bestimmungen lassen hier viel zu wünschen übrig. Als Schulhauskrankheiten werden zunächst Cholera, Typhus abd. und Ruhr abgesondert, welche vorzugsweise den Mängeln hygienischer Einrichtungen, besonders in bezug auf Aborte, Kanäle, Wasserversorgung ihre Entstehung verdanken und dementsprechend bekämpft werden müssen. Eine zweite Gruppe möchte Vortragender aus den Anweisungen für Schulen überhaupt gestrichen sehen. Es sind dies Rheumatismus, Cerebrospinalmeningitis, Erysipel, Fleckfieber, Rückfallfieber und Schweißfieber, weil diese Erkrankungen weder für Schulhaus noch für Schulkinder Besonderheiten bieten. Die Infektionen erfolgen in der überwiegenden Mehrzahl außerhalb der Schule und werden auch durch dieselbe kaum weiter verbreitet im Gegensatze zu den Krankheiten der 3. Gruppe, den eigentlichen, wahren Schulinfektionskrankheiten, bei welchen durch die Häufung der Kinder in der Schule eine ganz besondere Gefahr entsteht. Nach dem Charakter dieser Krankheiten und der Zahl der Befallenen ordnet Hueppe diese Seuchen in folgender Reihenfolge: Diphtherie, Scharlach, Masern, Keuchhusten, Mumps, Windpocken, Röteln; vom Standpunkte der Übertragung in der Schule jedoch folgendermaßen: 1. Untergruppe: Masern, Keuchhusten, 2. Untergruppe: Pocken, Windpocken, Mumps, Röteln, 3. Untergruppe: Diphtherie, Scharlach. Diese Anordnung wird indessen wesentlich durch die Periodizität der Krankheiten beeinflußt. Für Masern wird eine strengere Isolierung der erkrankten Kinder auch in den Familien entgegen der herrschenden Volkssitte verlangt, um die Kinder möglichst in ein höheres Alter hineinzubringen, in welchem die Kinderseuchen günstiger verlaufen. Für die 2. Unterabteilung genügt die bloße Isolierung der erkrankten Kinder, das gleiche hat auch für die Krankheiten der 3. Unterabteilung (Scharlach, Diphtherie) stattzufinden, bei denen ihrer längeren Periodizität wegen die zeitlich verschiedene Empfänglichkeit der Kinder in Betracht kommt. Dem Abschuppungsstadium bei Masern und Scharlach möchte Vortragender keine größere Bedeutung für die Weiterverbreitung beimessen, ebenso hat derselbe auf die Desinfektion (vielleicht allzu) wenig Gewicht Laien gegenüber gelegt, indem er sagt: „Die Desinfektion ist in der Regel aber auch ganz überflüssig, wenn nur für einen richtigen Ersatz vorgesorgt ist, und den kann ich in ausreichender Weise nur in einer gründlich vorgenommenen täglichen Reinigung (und Lüftung) der Schulzimmer sehen". Mit dieser Forderung, welche leider selten in einer Schule erfüllt wird, kann sich jedermann einverstanden erklären. Unter der 4. Gruppe, den kontagiösen Augenerkrankungen, erfordert das Trachom nach Ansicht des Vortragenden keinen Ausschluß der Kinder aus der Schule. Was fünftens die Behandlung der tuberkulösen Kinder in der Schule betrifft, so ist diese Frage eigentlich mit der Frage der Schulreinigung identisch. Daneben spielen die Krankheitsanlage und die Widerstandsfähigkeit eine ganz besonders große Rolle. Zur Erstarkung der Widerstandsfähigkeit durch Ferienkolonien (an den Seeküsten) und planmäßige Schulspiele ist noch viel zu wenig geschehen. Für die Ausschließung vom Schulbesuch bei

Infektionskrankheiten schlägt Hueppe folgende Zeiträume vor: bei Scharlach 6 Wochen, bei Masern, Diphtherie, Mumps 3 Wochen, beim Keuchhusten bis zum Nachlassen der krampfartigen Hustenfälle (ca. 3—4 Wochen); er betont aber zum Schluß, daß bei allen diesen Seuchen durch Neben- und Nachkrankheiten oder ganz allgemein durch Erschöpfung des Nervensystems und des Gehirns Zustände herbeigeführt werden, die den Schulbesuch ausschließen können, wenn der Arzt und Hygieniker mit dem Falle bereits nichts mehr zu tun haben. Der Vortragende fordert daher auf, daß in der Rekonvaleszenz von Krankheiten nicht nur auf die körperliche, sondern auch auf die geistige Erstarkung der Kinder Rücksicht genommen wird.

Mit der Ansicht Hueppes über die nebensächliche Bedeutung der Abschuppungsperiode für die Weiterverbreitung der Masern stimmen auch die statistischen Untersuchungen des Stadtphysikus Dr. Igl (Brünn) gut überein (mitgeteilt in der Ztschr. f. Schulges. [1904] Nr. 11). An 3400 Fällen aus gemeinsamen Haushaltungen konnte Igl auf Grund des städt. Sanitätskatasters feststellen, daß 45 % aller dieser Fälle zugleich auftraten; nach dem ersten Tage erkrankten 5,15 % bis zum sechsten Tage ging die relative Ansteckungsgefahr ständig bis auf 1,61 % herunter, um aber dann neuerlich bis zum 11. Tage allmählich bis auf 6,91 % zu steigen. Mit dem 12. Tage folgt rascher Abfall der Familieninfektionen; bis zum 15. Tage waren rund 97 % aller sicher nachweisbar in der Familie selbst (durch gegenseitige Ansteckung der Hausgenossen) entstandenen Masernfälle aufgetreten. Die restlichen 3 % ließen nicht mehr sicher eine auswärtige Infektionsquelle ausschließen. Leider ist in der kurzen Mitteilung nicht angegeben, von welchem Krankheitstage ab gezählt worden ist.

Vor giftigen Kreiden wurde in Rudolstadt amtlich gewarnt. Die farbigen sog. dermatographischen Kreiden, welche vielfach zu Unterrichtszwecken Verwendung finden, enthielten in Gesundheit schädigender Menge Arsen- und Bleiverbindungen, welche beim Zerbröckeln und Zerstäuben der Kreide leicht in Mund und Nase gelangen können (mitget. in Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 1).

Über Schule und Nervenkrankheiten hielt Sanitätsrat Dr. Wildermuth auf dem Nürnberger Kongreß einen Vortrag (abgedruckt im Medizin. Korresp.-Bl. d. Württenberg. ärztl. Landesvereins 1904 Nr. 43). Unter den 360 Fällen von Nervenkranken im Alter von 6—18 Jahren, welche Vortragender zu beobachten Gelegenheit hatte, ließ sich nur in einer ganz kleinen Anzahl von Fällen die Krankheit auf Schädigungen in der Schule überhaupt, in einer noch kleineren auf geistige Überanstrengung zurückführen. Verhältnismäßig häufig kamen neurasthenische Zustände in Betracht (91 Kranke). Davon waren erblich belastet 40% (in fünf Fällen Lues cong.). Mehr als 60 % der Kinder waren von früher Jugend an schwächlich, zart und nervös. Bei 12 % war die Neurasthenie im Anschluß an akute Krankheiten aufgetreten, einmal nach Schreck. Alkoholgenuß schien bei der Entstehung und Förderung der Neurasthenie von Bedeutung zu sein. Die Hälfte der Kranken über 15 Jahre befand sich bereits in praktischer Stellung, und nur bei einer kleinen Zahl konnte das Leiden auf geistige Überanstrengung zurückgeführt werden. Ein großes Kontingent zu den jugendlichen Nervösen stellte die Hysterie, welche sich meist in schweren alarmierenden Erscheinungen (Muskelkrämpfen, Kontrakturen, Lähmungen) zu äußern pflegte. Es standen 68 Kinder im Alter von 6—14 Jahren, 29 (8 m. 21 f.) im Alter von 15—18 Jahren. Erblich belastet waren 40 %, bei 22 % ließ sich allgemeine oder nervöse Schwäche bis in die erste Kindheit zurückverfolgen (2 Fälle Lues cong.). In ca. 8 % schloß sich die Hysterie an akute Krankheiten an. Auch bei der Hysterie konnte geistige Überanstrengung in der Schule nur in ganz geringem Umfange als Ursache angenommen werden. Von den sonstigen funktionellen Neurosen sind 48 Fälle von Chorea zu nennen. Was die Geisteskrankheiten betrifft, von den Vortragender über 111 Fälle verfügt, so konnte auch zwischen ihnen und einer etwaigen Schulüberbürdung kein Zusammenhang festgestellt werden. 48 % der Fälle stellte die Dementia praecox, meist in der hebephrenen und paranoiaartigen, seltener in der katatonischen Form. Weiterhin kamen zur Beobachtung Melancholie, zirkuläres Irresein, Irresein mit Zwangsvorstellungen, Hypochondrie, Manie, sexuelle Perversionen. Die hereditäre Belastung betrug im Durchschnitt 70 %. Von den Entarteten waren 40 % ausgesprochen schlechte Schüler, bei 17 % ging dem eigentlichen Ausbruche des Irreseins ein Nachlaß der intellektuellen Leistungen oft lange Zeit, 1—1½ Jahre, voraus. Vortragender warnt zum Schluß vor zu weit gehender Absonderung nervöser Kinder vom gewöhnlichen Schulbetriebe, und hält es vielmehr für nervöse Kinder, welche gut lernen, für heilsam, wenn sie in einen Schulverband kommen, in dem nicht zu sehr individualisiert wird, in dem ein gewisser militärischer Zug, ein Moment psychischer Abhärtung liegt, wo nicht jeder subjektiven Schwankung des Befindens nachgegeben wird.

Organisation großer Volksschulkörper nach der natürlichen Leistungsfähigkeit der Kinder, von Dr. S. Sickinger, Stadtschulrat in Mannheim.

Das Sonderklassensystem der Mannheimer Volksschule, ein Beitrag zur Hygiene des Unterrichts, von Dr. med. Julius Moses. Von diesen beiden im Druck erschienenen Vorträgen auf dem Nürnberger Kongresse interessiert den Arzt besonders der von Moses gehaltene. Die von jedem Hygieniker und Pädagogen zu billigende, von Sickinger formulierte Forderung: „Die in der Unterrichtsarbeit verlangte Leistung muß zu der vorhandenen Leistungskraft in angemessenem Verhältnis stehen“, wird durch die Organisation der meisten großen Volksschulkörper schlecht erfüllt, „denn es durchläuft nicht einmal die Hälfte aller Kinder innerhalb der gesetzlichen Schulpflicht die Schule regelrecht, über die Hälfte aller Kinder erleidet, 1, 2, 3 und mehrmal Schiffbruch, und tritt mit einer verstümmelten und unzulänglichen Schulbildung ins Leben hinaus —“. Ein gesonderter Unterrichtsgang für diese schwachen Schüler ist daher eine logische Konsequenz, die sich ergibt aus der Fürsorge für die schwächsten Schüler, für welche besondere Hilfsklassen bezw. -schulen eingerichtet sind. Moses gibt eine treffende Schilderung dieser schwachen, leicht ermüdbaren Schüler, welche als ein- oder mehrfache Repetenten der Schulklassen, nur zu häufig von den Lehrern notwendigerweise vernachlässigt, von ihren Mitschülern zur Zielscheibe des Spottes ausersehen, eine Verarmung ihres ethischen und geistigen Interesses erleiden. Abgesehen von den durch Zuzug von außerhalb in ihrem regelrechten Unterrichtsgange zurückgebliebenen Kindern, sind es besonders die Rekonvaleszenten nach längerer Krankheit (Infektionskrankheiten!), sowie die große Schar der anämischen, dyskrasischen und schwächlichen Kinder, deren Untüchtigkeit vielfach in sozialen Verhältnissen seine Ursache findet. Sie alle bedürfen einer weitgehendsten, aber im Massenunterricht nicht erreichbaren Schonung; es kommen ferner hinzu die an intellektuellen Schwächezuständen leidenden, sog. debilen Kinder, deren Denkprozesse gehemmt erscheinen, die langsam erfassen und begreifen, weil die Bildung und Verknüpfung von Vorstellungen erschwert ist, während vielleicht für konkrete Begriffe ein besseres Verständnis und eine gewisse Merkfähigkeit vorherrscht; weiterhin sind zu nennen die nervösen und reizbaren oder mit Seh- und Hörstörungen behafteten Individuen. Für alle diese vorgenannten physisch und psychisch minderwertigen Kinder ist nun an der Mannheimer Volksschule eine Organisation geschaffen worden, welche ihrer verminderten Leistungsfähigkeit nach Form und Inhalt des Unterrichtsstoffes Rechnung trägt.

Es sind das die sog. Förderklassen, zerfallend in Wiederholungs- und Abschlußklassen, welche zusammen mit dem 8- bzw. 7 stufigen System der Hauptklassenreihe eine 6 bzw. 7 stufige Parallelklassenreihe bilden, in der bei beschränktem Stoffausmaß und kleiner Schülerzahl (30—31) ein schulmäßig abgerundeter Bildungsabschluß herbeigeführt wird, daneben besteht eine 4 stufige Hilfsschule für die schwächsten Schüler, welche sich in ihrer Organisation nicht wesentlich von der anderer Städte unterscheidet. Die Wiederholungs- und Abschlußklassen können nun teils in ihrer ganzen Reihe von den oben genannten Schülern durchlaufen werden, teils werden die zurückbleibenden Schüler des Hauptklassensystems häufig sogar innerhalb des Schuljahres den entsprechenden Wiederholungsklassen überwiesen, um nach Erlangung einer genügenden Reife wieder in die Hauptklassen aufgenommen zu werden oder fortan in den Wiederholungsklassen zu verbleiben und in den Abschlußklassen eine abgerundete Bildung zu erlangen. Diese Leichtbeweglichkeit der Organisation, welche den verschiedensten Schülertypen zu jeder Zeit Rechnung trägt, und welche dennoch nach außen hin in keiner Weise in die Erscheinung tritt, um ungerechtfertigten Vorurteilen gegen gewisse Schüler vorzubeugen, ist nicht genug zu loben. Hier wird zum ersten Male der Versuch gemacht, der Eigenart des Individuums nach Möglichkeit gerecht zu werden, wie es auch die Pflicht der Volksschule ist. Es ist somit nur natürlich, daß gerade den befähigtsten Lehrkräften, welche eine besondere Eignung und Neigung für den Unterricht und für die Erziehung Minderbefähigter an den Tag legen, die Förderklassen anvertraut werden, und daß ihnen seitens der Schulleitung eine gewisse Bewegungsfreiheit zugestanden wird. Diese Lehrer rücken auch mit ihren Klassen auf und werden dadurch mit den physiologischen und psychologischen Besonderheiten und den individuellen Bedürfnissen ihrer Schüler immer inniger vertraut. Leider besitzt jedoch z. Z. Mannheim noch keine Schulärzte, welche im Verein mit der Lehrerschaft bei Auswahl und ständiger Kontrolle der Minderbefähigten eine segensreiche Tätigkeit entfalten könnten. Die sehr eingehenden, von den Lehrern kaum zu beantwortende Fragen stellenden Erhebungsbogen (7. Etwaige körperliche Anomalien und Degenerationszeichen) müssen demnach von jenen allein ausgefüllt werden. So bleibt zum Schluß nur zu wünschen, daß dieser Mangel der vorzüglichen Organisation, gegen welche bisher keine gewichtigen Einwände erhoben werden konnten, bald ausgeglichen wird.

In einem besonders für den Pädagogen höchst lehrreichen, auf dem Nürnberger Kongresse gehaltenen Vortrage hat Dr. H. Stadelmann (Würzburg) die Frage behandelt: Wie kann die unterrichtliche Behandlung abnormer Kinder die Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten unterstützen? (Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 7.) Die Prophylaxe psychischer Krankheiten hat nach dem Vortragenden besonders zwei Faktoren zu berücksichtigen, die abnorme Anlage des Kindes und die krankmachenden Erlebnisse (im weitesten Sinne des Wortes). Die erstere ist vornehmlich durch eine leichte Ermüdbarkeit ausgezeichnet, als deren Folgen sich häufigere und ausgedehnte Dissoziationsvorgänge anschließen. Diese leicht eintretenden Dissoziationsvorgänge gestatten nur eine beschränkte Aufnahme und kurz dauerndes Verwerten der Sinneseindrücke im Bewußtsein. Die Kinder erscheinen daher je nach dem vorhandenen Grade psychischer Energie gedankenlos, zerstreut, unaufmerksam im Unterricht oder geradezu schwachsinnig. Für die unterrichtliche Behandlung solcher Kinder, welche in vielen Fällen sehr wohl bildungsfähig sind, kommt daher in erster Linie Unterrichtszeit und -dauer in Frage, um den Eintritt der Ermüdung möglichst lange hintanzuhalten, zweitens aber auch die Unterrichtsmethode, welche besonders die Neigung zu Dissoziationsvorgängen zu berücksichtigen hat. Vortragender hat eine darauf abzielende Unterrichtsmethode als „Assoziationsmethode“ bezeichnet und beschreibt dieselbe folgendermaßen: „Sie besteht darin, daß alle Unterrichtszweige von einem in der Schule zu behandelnden Thema ausgehen. Je nach dem Interessenkreis und dem Fassungsvermögen der Kinder nimmt man gleichgeartete zusammen und behandelt mit ihnen einen Gegenstand, sei es eine Erzählung oder ein kulturelles Thema. Davon ausgehend, lassen sich alle Unterrichtsfächer anreihen, in denen gemeinhin sonst in einzelner Aufeinanderfolge die Kinder unterrichtet wurden, ohne daß diese Unterrichtsfächer ein Bindeglied erhielten.“ Durch diese Assoziationsmethode, welche in erster Linie den Gedankengang der Kinder bearbeitet, wird denselben zugleich Interesse am Lehrstoff geweckt und somit einer raschen Ermüdung vorgebeugt. Daher ist auch der Fachunterricht für psychisch abnorme Kinder nicht zu gebrauchen. Hat sich das Gehirn erst längere Zeit gewöhnt, die Vorstellungen gut zu assoziieren, so wird es auch in späteren Jahren diese Gewohnheit nicht wieder fallen lassen und nicht mehr zu Dissoziationsvorgängen neigen. Für die dauernde Beaufsichtigung psychisch abnormer Kinder in der Schule ist aber die weitgehendste Mitwirkung des Arztes erforderlich, welcher selbst in speziellen, den Unterricht betreffenden Fragen dem Lehrer stets ein wertvoller Berater sein wird, ohne etwa mit ihm in Konflikt zu geraten. (Franz Frenzel, Über die Notwendigkeit und Wirksamkeit des Arztes in der Hilfsschule. Zeitschr. f. Schulges. 1904, 2.)

Die im Vorjahre gemachten Mitteilungen aus der Statistik der Nervosität der Lehrer setzt Dr. Wichmann in Nr. 5, 8, 10 der Ztschr. f. Schulges. 1904 fort und bespricht insbesondere die Neurasthenie der Lehrer. Von 305 Lehrern litten 230 an neurasthenisch-nervösen Beschwerden nach dem Examen, 106 von diesen hatten auch noch andere Krankheiten der verschiedensten Art. Von den 124 rein nervösen Lehrern war die Mehrzahl (74) erst nach dem Examen erkrankt. Die meisten klagten über Zwangsgedanken, Angstzustände, Neurasthenie, Schlaflosigkeit, Kopfdruck, Kopfschmerzen, Herzklopfen, Appetitlosigkeit. 24% waren hereditär nervös belastet, auch schienen die Sorgen für Angehörige ein wichtiges ätiologisches Moment zur Erkrankung an Neurasthenie zu sein, desgleichen die Erteilung von Privatunterricht und überfüllte Klassen (über 50 Schüler). Die Häufigkeit der nervösen Beschwerden sämtlicher (305) Lehrer zur Zeit der Fragestellung ging aus der Beantwortung einer Frage hervor, welche lautete: Leiden Sie an Angstzuständen, Zwangsgedanken, Kopfdruck, Herzklopfen? (Diese Symptome kommen als die häufigsten nervösen Beschwerden der Lehrer vor.) Es beantworteten diese Frage mit ja 204 Lehrer = 66%.

Die Frage der sexuellen Aufklärung haben Dr. Flachs (Moinesti, Rumänien) und Frl. Dr. Therese Oppler (Breslau) von entgegengesetzten Standpunkten aus erörtert. (Ztschr. f. Schulges. 1904, Nr. 7 u. 9.) Während sich ersterer gegen jede Kollektivaufklärung von seiten der Lehrer ablehnend verhält, verlangt gerade Frl. Oppler die wissenschaftlich ernste Behandlung dieser Frage in der Schule in der „Gesundheitslehre“. Flachs geht indessen in dem Bestreben, den Eintritt der Pubertät nach Möglichkeit zu verzögern, so weit, daß er die rigoroseste Überwachung des heranwachsenden Kindes fordert und alles sinnlich Erregbare selbst aus klassischen Schriften und Bildern (der Schaufenster) entfernt wissen will. Eine Aufklärung bzw. Warnung des einzelnen Kindes hält er erst dann für nötig, wenn sich untrügliche Zeichen der Pubertät oder gar schon geschlechtliche Verirrungen bemerkbar gemacht haben. Frl. Dr. Oppler befürwortet dagegen unbedenklich durch möglichst frühzeitige Gewöhnung des Kindes an den Anblick nackter Körper (Besuch von Museen), sowie an mitunter auch geschlechtliche Dinge be-

rührende gute Lektüre, soweit sie verstanden wird, den Reiz sexueller Eindrücke abzustumpfen. Nach Ansicht des Referenten dürften weder die summarisch gegebenen Aufklärungen seitens Personen, welche die physische und psychische Eigenart der Entwicklung des einzelnen Kindes nicht kennen, noch die gewaltsame Zurückdrängung eines von der Natur gewollten Vorganges das richtige Verhalten sein. Wenn jemand, so sind am ehesten die Eltern und der Hausarzt befähigt, den für jedes Kind geeigneten Zeitpunkt und Ton zu treffen zu derartigen für das ganze innere Leben eines Menschen bedeutungsvollen Belehrungen.

Die Beziehungen zwischen der Körperentwicklung und der geistigen Leistungsfähigkeit der Schulkinder untersuchte neuerdings auch Dr. Samosch an 1969 Breslauer Volksschülern (Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 6). Verf. ordnete die Kinder nach vollendeten Altersjahren und innerhalb einer jeden Jahresgruppe nach Schulklassen und fand, daß die besser entwickelten Kinder desselben Alters stets die höheren Klassen einnahmen, während in den niederen Klassen die körperlich zurückgebliebenen Kinder saßen (s. vor. Ref. F. A. Schmidt). Samosch schließt daher auf eine bessere Intelligenz der physisch höher entwickelten Kinder, macht aber zugleich auf eine Unsicherheit der von ihm angewandten Untersuchungsmethode aufmerksam, welche das genauere Alter (in Monaten) der Kinder unberücksichtigt läßt. Ref. hat sich in einer größeren Arbeit mit der Frage des Parallelismus zwischen körperlicher und geistiger Entwicklung der Kinder eingehend beschäftigt. Die Ergebnisse werden noch im Laufe dieses Jahres mitgeteilt werden.

Größenmessungen an 7277 Kindern aus 37 Ortschaften der hannoverschen Landbevölkerung hat der Kgl. Kreisarzt Dr. H. Berger zum Zwecke der Auswahl passender Bänke vornehmen lassen. Die Ergebnisse sind mitgeteilt in der Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten Bd. 47 Heft 3.

Berger empfiehlt unter Anführung des ausgedehnten Zahlenmaterials vier Bankgrößen pro Klasse für mittlere Größen der Kinder von 119, 126, 135, 145 cm. Die der Arbeit angefügten Mitteilungen über Wachstumsbeobachtungen dürfen, wie leider häufig gesagt werden muß, nur mit Vorsicht aufgenommen werden, da sie weder Ursprung noch Wert der berechneten Durchschnittszahlen erkennen lassen. Eine von Berger vorgeschlagene Bank findet sich gezeichnet und beschrieben in Nr. 23 der Ztschr. f. Medizinalbeamte 1904.

Hinsichtlich der ästhesiometrischen Untersuchungen zum Zwecke der Ermüdungsmessungen an Schulkindern macht der Schularzt Dr. Adsersen (Kopenhagen) darauf aufmerksam, daß die Ermüdungskurven bei Erwachsenen entgegengesetzt den Schwankungen der Körpertemperatur am Tage verlaufen, d. h. daß die Empfindungskreise morgens am größten (also die Hautsensibilität am geringsten) sind, sodann im Laufe des Tages abnehmen, um gegen Abend wieder an Größe zuzunehmen. Verf. hat die Untersuchungen an sich selbst während seiner Tagestätigkeit als Arzt angestellt und glaubt, daß die gefundenen Verschiedenheiten der Hautsensibilität nicht auf dem Einflusse der Arbeit beruhen, sondern daß sie in der Hauptsache als ein Ausdruck für Veränderungen zu betrachten sind, die physiologisch im Laufe des Tages eintreten und auch bei den Ermüdungsmessungen der Kinder berücksichtigt werden müssen.

Neue Untersuchungen über Schulbücherdruck hat Oberlehrer Dr. K. Roller in Darmstadt angestellt und in Nr. 1 d. Ztschr. f. Schulges. 1904 mitgeteilt. Verf. benutzte den von H. Cohn erfundenen Druckmesser, d. i. ein Kartenblatt mit einer quadratischen Öffnung, deren Seiten 1 cm lang und mit einer Teilung in Millimeter und halbe Millimeter versehen sind. Die auf dem Karton angegebene Gebrauchsanweisung enthält die von H. Cohn an den Bücherdruck gestellten wichtigsten Forderungen und lautet folgendermaßen: „Durch die 1 qcm große Öffnung dürfen nicht mehr als zwei Zeilen sichtbar sein, wenn ein Buch den Vorschriften der Augenhygiene entsprechen soll. Die Höhe des „n" muß mindestens 1,5 mm, die Entfernung des „n" von dem darunter stehenden kleinen Buchstaben muß mindestens 2,5 mm, und die Dicke der Buchstaben muß 0,3 mm betragen." Die Zahl der in dem Quadrate sichtbaren Buchstaben soll nach dem Zusatze von Schubert (Nürnberg) im Maximum 15 betragen. Mit diesem einfachen Instrumente ist es möglich, schnell ein Urteil über den Bücherdruck zu gewinnen. Verf. untersuchte nun an Volks- und höheren Schulen Darmstadts den Druck der Bücher, wie sie ihm gerade von den Schülern gereicht wurden und bezeichnete mit I diejenigen, welche in jeder Hinsicht den Vorschriften Cohns entsprechen, mit II. die nur teilweise, und mit III diejenigen, die ihnen gar nicht entsprechen. In den Volksschulen konnten mit I 30—45 %, mit II 0—10 %, mit III 45—60 % bezeichnet werden. Besonders ungünstig waren die Resultate an den höheren Schulen, hier erhielten I 10 %, II 31 %, III 58 % der benutzten Bücher.

Über das Schülerfrühstück in Padua berichtet Dr. Tonzig i. Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 9. Die seit 1901 getroffene Einrichtung der Verabreichung von unentgeltlichem, festen oder flüssigen Frühstück an Volksschüler hat nicht allein auf die Ernährung derselben günstig eingewirkt, sondern auch den Schulbesuch beträchtlich gehoben, da vordem viele Kinder aus Mangel an Frühstück nicht zur Schule kamen. Die Speisen werden z. Z. in 3 in verschiedenen Teilen der Stadt gelegenen Küchen bereitet, welche große 5 hl fassende Kessel enthalten. Die Verteilung an die verschiedenen Schulen erfolgt in großen Aluminiumgefäßen, welche auf Dreirädern befördert werden. Die einzelnen Teller haben 300 ccm Rauminhalt und es erhält jedes Kind durchschnittlich tgl. 102,02 gr Trockensubstanz, 15,18 g Eiweiß, 7,65 g Fett, 78,00 g Kohlehydrate nebst Salzen. Tonzig vergleicht diese Menge mit der von verschiedenen Hygienikern geforderten Nahrungsmenge und nimmt ferner Bezug auf die in 2 Paduaner Wohltätigkeitsanstalten stattfindende Ernährung armer Kinder. Er kommt zu dem Schluß, daß, wenn das Schulfrühstück seinem Zweck voll entsprechen soll, es etwa 50 % des gesamten täglichen Nahrungsbedürfnisses der Kinder des in Frage kommenden schulpflichtigen Alters decken muß mit einer relativ großen Quote von Eiweiß und Fett und einer relativ geringen von Kohlehydraten. Letztere müßten 53 % der Totalmenge für den Tag betragen, das Eiweis 22 % und die Fette 25 %. Als Tagesration für Schulkinder von ca. 28 kg Gewicht hält Tonzig unter Berücksichtigung der Paduaner Verhältnisse für erforderlich: 47,87 g Eiweiß, 22,5 g Fett und 282,18 gr Kohlehydrate, die insgesamt 1531 Wärmeeinheiten entsprechen. Gleich gute Erfahrungen mit dem Schülerfrühstück haben auch die russischen Landschaftsärzte gemacht. Doch verlangt beispielsweise Tesjäkoff wohl mit Rücksicht auf die landesübliche Ernährung eine weit größere Nahrungsmenge zum Frühstück. Die Kinder sollen durchschnittlich 30—40 g Eiweiß, 10—20 g Fett und 120—160 g Kohlehydrate erhalten.

In dem von Prof. Vulpius (Heidelberg) in Frankfurt a. M. gehaltenen Vortrage über Rückgratverkrümmungen und Deformation der Wirbel ist die Ansicht des Vortragenden bemerkenswert, daß in vorgeschrittenen Jahren nur 20 % der Skoliosen auf Rhachitis, dagegen 80 % aus der Gewöhnung an eine verkehrte Sitzweise zu erklären seien. Vulpius beschuldigt hauptsächlich den überwiegenden Gebrauch des rechten Armes, ferner die Schrägschrift und schiefe Lage der Hefte. Bis zu 50 % der Schüler einiger Schulen (in einer höheren Mädchenschule sogar 71 %) waren skoliotisch. (ref. in Ztsch. f. Schulges. 1904 Nr. 2 3).

Die gleichmäßige Ausbildung beider Hände ist in England von einer Gesellschaft neuerdings in die Wege geleitet worden. Es wird für die linke Hand dieselbe Fertigkeit erstrebt, wie sie der rechten bisher durch unsere Erziehung geboten worden ist und zwar in der Absicht, damit einen viel höheren Stand der Entwicklung der körperlichen und geistigen Kräfte zu erreichen. Die bisherigen Versuche lassen jedenfalls diese Absicht von physiologischer Seite aus als durchführbar erscheinen; denn bei sehr jungen Schülern ähnelt das mit der linken Hand in Steilschrift geschriebene sehr dem mit der rechten Hand geschriebenen. Aber auch gleichzeitig können beide Hände schreiben. Ein Mädchen schrieb gleichzeitig mit der einen Hand einen Brief an ihren Vater und mit der anderen einen Brief an ihre Mutter, oder sie schrieb mit der einen Hand und zeichnete oder rechnete gleichzeitig mit der anderen (mitget. in Ztschr. f. Schulges. 1904. Nr. 4).

Einen Fall von angeborener Wortblindheit, d. h. der Eigenschaft, nicht oder nur mit der größten Mühe lesen lernen zu können, beschreibt der Augenarzt Dr. Lechner (mitget. in Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 7). Es handelte sich um einen 13 jährigen, intelligenten, eifrigen Knaben, welcher noch nicht lesen konnte und sogar die Buchstaben noch sehr mangelhaft kannte, nachdem er drei Jahre in der untersten Klasse gewesen war. Zahlen wurden gelesen und auch einigermaßen verrechnet. An den Augen konnte nichts Abnormes festgestellt werden, die Sehschärfe war gut, desgleichen das Erkennungsvermögen und Gedächtnis. Es sind bis jetzt an 12 Fälle dieser merkwürdigen im Zentralorgane begründeten Anomalie in der Literatur bekannt. Lechner ist überzeugt, daß sich unter den Schülern, welche jetzt als rückständig behandelt werden, wohl einige befinden, die nicht schwachsinnig, sondern wortblind sind. Die Kenntnis von der Existenz derartiger Zustände ist daher für den Lehrer und Schularzt von größter Wichtigkeit. Der genannte Knabe wurde übrigens im Einzelunterrichte während einiger Monate weiter gefördert, als in der Schule in einigen Jahren.

Augenuntersuchungen an Schulkindern in Tübingen wurden von Prof. Schleich im Verein mit einigen Ärzten unternommen (mitget. in Ztschr. f. Schulges. 1904 Nr. 9). Unter 4196 Augen (1153 Knaben 945 Mädchen) waren 65,2 % normal, 34,8 % anormal. In den höchsten Klassen des Gymnasiums befanden sich nur 28,2 % normale Augen. Die Myopen betrugen bei den Gymnasiasten 27,7 %, Realschülern 15,3 %, Elementarschülern 2,3 %, Schülerinnen der höheren Mädchenschule 6,5 %, Volksschülern 4.5 %.

Über die Häufigkeit der Sprachstörungen berichtete auf Grund eigener Untersuchungen Dr. F. Schleissner (Prag) auf dem Nürnberger Kongresse für Schulhygiene (mitget. in der Mediz. Pädag. Monatsschr. f. d. ges. Sprachheilk. Juli-Aug. 1904). Unter 6000 Volksschülern hatten 10 % Sprachgebrechen und zwar fast 14 % Knaben und nicht ganz 7,5 % Mädchen. Die Zahl der Sprachgebrechen nimmt von der 1. (untersten) Klasse bis 5. Klasse regelmäßig ab; sie ist in der 1. Klasse 20,7 % und sinkt bis auf 4.7 % in der 5. Klasse. Auch da zeigt sich durchgängig ein Unterschied zu Gunsten der Mädchen. Die an die Volksschule sich anschließende Bürgerschule hatte nur 3.5 % Kinder mit Sprachfehlern, bei Knaben dreimal mehr als bei Mädchen. Unter 2362 Knaben waren 0,56 % Stotterer, 2,3 % litten fast ausschließlich an Sigmatismus lat. und ant., 0,2 % an Näseln. Schlechte soziale Verhältnisse, welche sich in einem Zurückbleiben der Kinder in körperlicher und geistiger Beziehung bemerkbar machten, schienen ein das Stottern begünstigender Faktor zu sein.

Lignolstreu als Ersatz der staubbindenden Öle empfiehlt der Kreisarzt Bachmann in Hamburg (Gesundheit 1903 Nr. 23., mitget. in Ztschr. f. Schulges. 1904. 2, 3). Das Präparat besteht aus Holzsägemehl, das mit Ölen und flüssigen Paraffinen imprägniert ist und einen geringen Zusatz reinen Terpentinöls enthält. Dieser Zusatz geschieht, um gleichzeitig schädliche Stoffe und Gase, die sich durch Zersetzung fäulnisfähiger Substanzen am Boden bilden, unschädlich zu machen. Das Präparat wird mit der Hand ausgestreut, einige Stunden liegen gelassen und ausgekehrt. Die sich aus der Luft auf die Lignolstreu senkenden Staubteilchen bleiben an dieser haften, und der Boden wird mit einer feinen Ölschicht überzogen, welche auch nach dem Auskehren des Präparats staubbindend wirkt. Die Lignolstreu soll bei zweimal wöchentlicher Anwendung billiger wie die bekannten staubbindenden Öle sein und nicht die Nachteile derselben besitzen.

Chirurgie.

Tod durch Bersten eines Aneurysma der Arteria Meningea media.

Aus der gerichtsärztlichen Praxis von Dr. Racino-Essen a. d. R.
(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Juli 1905. Heft I S. 32.)

Während eines Streites in einer Herberge stieß ein Gast einen anderen, etwas angetrunkenen Gast mit mäßiger Gewalt gegen die Brust. Dieser taumelte hintenüber und fiel mit dem Hinterkopf erst auf die Kante einer Bank, dann auf den Fußboden. Er wurde sofort besinnungslos und starb am nächsten Tage. Der erstgenannte Herbergsgast wurde wegen vorsätzlicher körperlicher Mißhandlung mit tödlichem Ausgang in Anklagezustand versetzt.

Die Sektion ergab den ungemein seltenen Befund eines Aneurysma der Arteria meningea media, welches geplatzt war und durch seine Blutung den Tod veranlaßt hatte.

Das ärztliche Gutachten sprach sich dahin aus, daß das Bersten des Aneurysmas durch den Fall auf den Kopf verursacht sei und somit der Tod in ursächlichem Zusammenhange mit dem durch den Stoß vor die Brust bewirkten Fall stehe. Zugleich aber wurde hervorgehoben, daß das Aneurysma eine krankhafte Veränderung der Wandung der betreffenden Blutgefäße darstelle, daher schon aus geringfügiger Ursache bersten könne, daß ferner ohne Bestehen des Aneurysma voraussichtlich keine Gefäßzerreißung und also auch keine derartige umfangreiche tödliche Blutung eingetreten sein würde.

Der Angeklagte wurde auf Grund dieses Gutachtens freigesprochen. J. Meyer-Lübeck.

Zwei gerichtlich medizinisch wie chirurgisch interessante Fälle von Körperverletzung.

Von Dr. Bernhard Bayer, kgl. Landgerichtsarzt in Deggendorf.
(Münch. med. Wochenschr. 1904 Nr. 34.)

Ein Messerstich in die rechte Gesichtshälfte, welcher neben der Nase in die Oberkieferhöhle eindrang, führte ohne entzündliche Erscheinungen durch fortschreitende Thrombenbildung zu einer Verlegung der rechten queren, graden und der übrigen rechten Blutleiter bis in den Bulbus der rechten vena jugularis, sowie der Venen der rechten Gehirnhälfte und des Schädelgrundes rechterseits bis zum Foramen jugulare. Vom Bulbus der rechten Vena jug. ließen sich größere und kleinere Gerinnselbildungen bis zur Verletzungsstelle verfolgen. Ein 4 cm lange sehr (4 cm) tiefe Stichwunde in der linken Wange, von welcher außer der Narbe eine pulsierende Geschwulst an der Wange zurückblieb, rief Lähmung der linken Körperseite und Sprachstörungen (Aphasie) hervor, so daß eine Verletzung der Meningea media in der linken Schädelgrube mit folgendem das Gehirn an der Stelle der Brokaschen Windung und der Zentren für Bewegung der rechten Körperseite komprimierendem Bluterguß angenommen werden mußte. Schwere Bestrafung beider Täter.

Seelhorst.

Arrachement total de la langue par la personne elle-même-guérison-conservation de la parole.

Von P. Brouardel.

(Ann. d'hyg. publ. 1904 II.)

Der Autor berichtet über eine Frau, die sich im hysterischen Anfall die Zunge ausriß, um sich von einem erstickenden Konstriktionsgefühl zu befreien. Die Heilung verlief glatt, die Sprache blieb völlig ungestört. Im Anschluß daran zitiert Brouardel 12 andere Fälle von schweren Zungenverletzungen, denen allen die glatte, durch keine Infektion gestörte Wundheilung und die vollkommene Erhaltung der Sprache gemeinsam ist. Marx-Berlin.

Caractères pathologique de certaines affections des os longs révélés par la radiographie.

Von Dr. Eising-New-York.

(La méd. des acc. du travail. 1904. Nr. 9.)

Unter Beifügung mehrerer Radiogramme macht Eising auf einige Unterschiede im Röntgenbild von Knochentumoren und von Osteomyelitis der Röhrenknochen aufmerksam. Bei Karzinom ist der rarefizierte Teil des Knochens scharf umgrenzt, gleichmäßig durchscheinend. Am Periost sieht man keine Knochenwucherung. (Dies Merkmal trifft jedenfalls bei den „osteoplastischen Karzinomen" Recklinghausens nicht zu. Ref.). Beim Riesenzellensarkom ist an der erkrankten Stelle Knochen und Periost völlig resorbiert, die Demarkationslinie scharf ausgeprägt. Das Rundzellensarkom zeigt eine regelmäßig spindelförmige Anschwellung der Diaphyse und ist im Röntgenbild homogen. Das Periost ist bisweilen verdickt, aber ohne Knochenneubildung. Bei der Osteomyelitis ist der ganze Knochen oder ein Teil desselben unregelmäßig spindelförmig verdickt, der erkrankte Teil zeigt hellere und dunklere Stellen, und das Periost ist oft mit Knochenwucherungen bedeckt. Lehfeldt.

Der Epiphysenbruch des Femur im Kniegelenke.

Von Sanitätsrat Dr. Reismann-Haspe.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Band 74. Heft 3 bis 4.)

Die Reposition der Bruchstücke bei Bruch des Oberschenkelknochens in der unteren Epiphysenlinie bietet immer große Schwierigkeiten, welche besonders auf die eigentümliche Stellung der abgebrochenen Epiphyse zurückzuführen sind. Sie sieht bei Streckstellung des Beines mit der Gelenkfläche nach vorn, mit der Bruchfläche, welche der Vorderwand des unteren Femurendes anliegt, nach hinten.

Ausgehend davon, daß diese Stellung der Epiphyse die gleiche ist, welche sie bei gebeugtem Oberschenkel einnimmt, bringt R. zur Annäherung der beiden Bruchflächen auch das obere Bruchstück, den Oberschenkel in Beugestellung. Hierdurch wird ein Parallelismus der Bruchflächen erzielt, und es ist nur noch notwendig, sie so zu verschieben, daß sie in Berührung kommen. Dies geschieht bei starkem Zuge am gebeugten Unterschenkel in der Richtung des Unterschenkels durch Zug oder Druck des Oberschenkels nach vorn.

Die Methode ist dem Verfahren zur Einrenkung des in der unteren Epiphysenlinie gebrochenen Oberarmknochens nachgebildet. Niehues-Berlin.

Un cas grave de fracture compliquée de la jambe.

Von Dr. Archambaud.

(La méd. des accid. du travail. 1904 Nr. 11.)

Ein Arbeiter stürzt 6 m tief herab und bricht das Bein. Verf. findet ihn in folgender Lage: Der rechte Fuß hängt schlaff nach außen herab. Die Tibia hat die Weichteile durchbohrt und ragt etwa 10 cm weit aus der klaffenden, zerfetzten Wunde heraus. Die Fibula ist etwa 5 cm oberhalb des Gelenks gebrochen. Beim Repositionsversuch zeigt sich, daß der Talus ganz nach vorn luxiert ist; neben ihm liegt der Malleolus internus, der vom unteren Tibiaende abgesprengt ist. Erst nach vielen Versuchen in der Narkose gelingt die Reposition. Schienenverband. Heilung erfolgt sehr langsam und wird durch eine schwere Pneumonie kompliziert. Mehrere Röntgenbilder zeigen den Verlauf der Heilung. Der innere Knöchel heilt wieder an, nicht dagegen das untere Fibulaende. Der Talus bleibt in der richtigen Lage. Allmählich entwickelt sich um das Gelenk eine einzige große Kallusmasse. Nach 13 Monaten kann der Verletzte zum erstenmal wieder ohne Apparat gehen. Lehfeldt.

Über Calcaneusbrüche.

Von Dr. Bergmann, 1. Assistenten.

(Aus der Festschrift zur Feier des 50jährigen Bestehens der Huyssens-Stiftung in Essen am 18. Oktober 1904.)

Aus der eingehend erörterten Anatomie und Topographie des Calcaneus wird die Mechanik seiner Frakturen und die Einteilung in Kompressions- und Rißbrüche entwickelt, wie sie die Radiographie erkennen gelehrt hat. Die in Essen geübte Behandlung verzichtet auf die von Gussenbauer ausgeführte Knochennaht zur Vereinigung der Bruchstücke, da ihr Ergebnis weniger gut ist, wie das folgende Verfahren. Der Fuß wird in einer Stellung fixiert, die der durch die Verletzung bedingten entgegengesetzt ist. Dann wird eine von den Zehen bis zum oberen Drittel der Wade reichende Gipskappe angelegt. Darüber eine scherenförmige Gipsschiene, welche einerseits die Fußsohle umfaßt, andererseits bis zum Knie in die Höhe geht. In diesem Verbande geht der Patient umher. Vom 3. Tage ab wird der Verband täglich vorübergehend entfernt, ein Fußbad gegeben und sorgfältig massiert. Bei dieser Behandlung, welche die Knochenbildung befördert, ist in 10—12 Wochen eine feste Vereinigung der Bruchstücke und ein gutes, funktionelles Resultat zu erzielen. Ktg.

Der Parademarsch und seine vermeintliche Schädlichkeit.

Nach einem Vortrage, gehalten am 15. Dezember 1904 in der militärärztlichen Gesellschaft des VI. Armeekorps.

Von Generalarzt D. Demuth in Breslau.

(Deutsche milit.-ärztl. Zeitschrift 1904 Heft 12.)

Die Arbeit wendet sich gegen einen Vortrag, den Dr. Thalwitzer auf der Naturforscherversammlung in Breslau 1904 gehalten hat. Th. suchte darin physiologisch und statistisch den Nachweis zu führen, daß der Parademarsch und die Vorübung dazu, der langsame Schritt, schädliche Einwirkungen auf den Körper des Soldaten ausüben; man solle diese Übung deshalb abschaffen, wenn nicht gewichtige militärische Gründe für seine Beibehaltung sprechen, die sich der ärztlichen Beurteilung entziehen. Den Einzelheiten der sehr ausführlichen Widerlegung zu folgen, ist im Rahmen einer Besprechung nicht gut angängig. Das Reglement selbst schreibt diesseitigen Erachtens nichts vor, was die Bedeutung der genannten Schrittarten als eines Ausbildungsmittels und einer Vorübung für das Marschieren überschreitet. Der stramme Marsch im festen Verbande gibt der Truppe, wie F. A. Schmidt in seinem außerordentlich instruktiven Buch „Unser Körper", 2. Auflage, 1903, § 42, 43, 282 u. 283, richtig betont „das Gefühl unwiderstehlicher Angriffskraft. Zum Dauermarsch ist diese Schrittart weder geeignet noch bestimmt; aber sie ist nur hervorragende Gleichgewichtsübung, zwingt zu guter Haltung und richtet den Körper in allen Gelenken auf. Hierin liegt ihr unverkennbar turnerischer Wert". (Man vergleiche die Figuren 428 bis 432 bei Schmidt.) Wenn daher in der Ausbildungsperiode bei den Rekruten Fußanschwellungen infolge solcher Übungen nicht selten sind, so wird man Demuth recht geben können, wenn er daraus mehr auf den Mangel an Kraft und Gewandtheit bei den jungen Manschaften schließt, als auf Schädigungen durch die Übung, vor deren Übertreibung natürlich

gewarnt werden muß. Leichter ist die statistische Widerlegung Th.s geworden, auch im ganzen mehr geglückt. Die Monatskurve der Fußkrankheiten zeigt nach der Zusammenstellung von Demuth und Blecher, daß die Akme in die Reisemarschmonate Juli bis September fällt. Die Ausbildungszeit vom Oktober bis Juni läßt zwar unmittelbar nach der Rekruteneinstellung auch eine Zunahme erkennen; diese bleibt aber nicht unerheblich hinter jener zurück. Der monatliche Durchschnitt betrug in jener Periode 3,3 Promille der Kopfstärke, in dieser 1,9. Vergl. auch Sanitätsbericht für die Armee 1901—1902 S. 122. Die von Thalwitzer mit herangezogenen Brüche der Mittelfußknochen kommen in der Zeit der Reisemärsche und größeren Übungen (April bis September) 3,5mal mehr vor als im Winterhalbjahr; speziell vom Juli bis September 4,4mal mehr als in der Zeit nach der Rekruteneinstellung, Oktober bis Dezember. — Im übrigen läßt sich nicht leugnen, daß die ätiologische Sonderung in dem Zahlenmaterial der Armeesanitätsberichte nicht ausreichend ist, um zu allen Behauptungen Stellung zu nehmen, die darauf begründet werden können. Das gilt für die Arbeit Thalwitzers ebenso, wie für deren Kritik. Es wäre ein leichtes, für die Beurteilung des Einflusses bestimmter Übungen auf die Entstehung von Marschkrankheiten exaktere Grundlagen zu schaffen, wenn in den Krankenbüchern bei jedem Falle die Übung selbst notiert würde, auf die das Leiden zurückzuführen ist. Bei der großen Zahl von Erkrankungen — nach dem Armeerapport 1901 — 1902: 12558 Mann an Fußgeschwulst —, würde damit wohl ein brauchbares Material gewonnen werden. Ktg.

Über den Einfluß des Parademarsches auf die Entstehung der Fußgeschwulst.

Von A. Blecher.

(Med. Klinik. 1. Jahrgang, Nr. 13, vom 5. März 1905.)

B. wendet sich gegen denjenigen Teil der Thalwitzerschen Arbeit, der den Parademarsch für die Fußgeschwulst der Soldaten verantwortlich macht. Demuth hat in seiner Entgegnung schon darauf verwiesen, daß der Parademarsch keine statischen Eigentümlichkeiten besitzt, die an sich eine Beschädigung des Mittelfußes hervorrufen können. B. sieht, wie wohl jeder erfahrene Militärarzt, in der betreffenden Übung nur eine notwendige Vorstufe zu den späteren Dauermärschen; sie ist ein Ausbildungsmittel (cf. mein Zitat aus Schmidt). Die Ursache der Fußgeschwulst liegt während der Rekrutenperiode in der schnellen Ermüdung der unausgebildeten Muskeln, bei den Sommermärschen in der Ermüdung durch besonders große Anforderungen. Das Leiden tritt deshalb in dieser Zeit mit Vorliebe bei Leuten auf, die aus irgendwelchem Grunde (Krankheit, Abkommandierung usw.) dem Training entzogen waren. Ich schließe mich B.s Ausführungen an; glaube aber, daß volle Klarheit nur auf dem von mir angedeuteten Wege genauerer Feststellung der Ursachen bei jedem Falle von Fußgeschwulst zu gewinnen ist, der zur ärztlichen Kenntnis gelangt. Damit würde bei der Häufigkeit des Leidens wohl schon in einem Jahre die erwünschte Lösung der Frage zu haben sein. Ktg.

Innere Medizin.

Trauma und Diabetes mellitus und Glykosurie.

Von W. Kausch.

(Zeitschr. f. klinische Med., 55. Bd., 1901.)

Der Verfasser, Oberarzt der Breslauer Chirurgischen Klinik und vordem Privatdozent an der Straßburger medizinischen Klinik (Naunyn), erscheint besonders berufen, die Frage des Zusammenhangs zwischen Trauma und Zuckerharn zu beurteilen. Wir müssen daher die vorliegende Arbeit, der bereits kleinere Arbeiten *) über das gleiche Gebiet vorausgegangen sind, als besonders maßgeblich ansehen.

Das vorangestellte Hauptergebnis enthält der Satz:

„Unter ca. 150 Diabeteskrankengeschichten der Breslauer Chirurgischen Klinik finde ich auch nicht einen einzigen Fall, in dem ein Trauma als Ursache beschuldigt wird. Hingegen habe ich zwei Fälle beobachtet — in beiden wurde der Diabetes in der Klinik entdeckt — in denen mancher einen Zusammenhang zwischen Diabetes und Trauma annehmen würde. Ich glaube nicht an einen solchen.“ Verfasser berichtet, daß die Statistik, welche die bekanntesten Diabetesautoren (Griesinger, Frerichs, Ebstein, Külz-Rumpf, Cantani) berücksichtigt, 5 % traumatische Fälle ergibt, während Senator neuerdings bei 800 Fällen nur 1 % traumatischen Diabetes herausrechnet. Aber auch diese Fälle halten nach Kausch einer scharfen Kritik nicht stand. Es lassen sich eben immer eine Reihe von Einwänden machen, daß der Urin vorher nicht untersucht ist oder der Zuckerbefund verschwiegen ist, oder der Diabetes unabhängig vom Trauma nachher sich entwickelt hat. Bei einer so ausgesprochen chronischen Krankheit währt es gewisse Zeit, bis sie erkannt wird.

Anders stehe es mit dem Zusammenhang zwischen Glykosurie und Trauma.

Auch Kausch vermag den sicheren Beweis nicht zu erbringen, daß der echte traumatische Diabetes wirklich so überaus selten ist oder überhaupt vorkommt, wie er das behauptet, aber seine umfassende Zusammenstellung der Literatur, seine im Original nachzulesenden Grundsätze für die Abwägung des ursächlichen Zusammenhangs werden künftig für alle Bearbeiter dieser Frage eine dankenswerte Grundlage bilden. Er empfiehlt nach der Schwere der Glykosurie 4 Gruppen zu unterscheiden:

1. echten chronischen Diabetes;
2. heilenden Diabetes bzw. Glykosurie;
3. ephemere, spontane Glykosurie;
4. alimentäre Glykosurie.

Einen direkten Zusammenhang nimmt er an in Fällen ohne nachweisbare organische Ursache und in solchen, in denen das Trauma eine Blutung oder Zertrümmerung der Nervensubstanz zur Folge hatte, welcher der Glykosurie auf dem Fuße folgte.

Bei indirektem Zusammenhang bildet eine auf dem Boden des Traumas sich entwickelnde Krankheit das vermittelnde Moment, z. B. Meningitis, Hirnerweichung, traumatische Neurose, Pancreatitis. Bemerkenswert ist die relative Häufigkeit von heilendem Diabetes nach Kopfverletzungen (10mal nach seiner Statistik). Offenbar liegt hier ein Analogon des Zuckerstiches vor.

Bemerkenswert aber ist die von ihm selbst beobachtete Tatsache, daß nach Frakturen verhältnismäßig oft Glykosurie auftritt. Unter 12 Fällen von ephemerer Glykosurie befinden sich 2 Becken-, 4 Oberschenkel-, 3 Unterschenkel-, 1 Patellar-, 1 Zehenfraktur und 1 Kontusion des Unterschenkels. Unter 6 Fällen von alimentärer Glykosurie fand Kausch 1 Schädelbasisfraktur, 2 Unterschenkel-, 3 Oberarmbrüche.

Den echten Diabetes nach Schädelfrakturen glaubt er nicht leugnen zu können, aber nach anderen Traumen hält er ihn, wenn überhaupt vorkommend, für sehr selten.

Stolper-Göttingen.

Über einen interessanten Fall von Zwerchfellruptur mit $1/2$ Jahr später anschließender Pneumonie.

Von Kr.-A. Dr. Tröger in Adelnau.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905. Nr. 5. S. 131.)

Ein Mann erlitt im September 1898 beim Zuschlagen mit einem schweren Hammer einen plötzlichen, heftigen Schmerz am linken vordern Rippenbogen. Schwerste Prostratio virium.

*) Naturforscherversammlung Karlsbad 1902. Chirurgen-Kongreß 1904.

Der erste Herzton an der Spitze war verschwunden; an seiner Stelle bestand ein lautes, metallisches Geräusch. Die Diagnose wurde auf Riß im Zwerchfell mit Einklemmung der Magenwand gestellt. Sehr langsame Besserung. Nach fünf Monaten wurde die Arbeit wieder aufgenommen und unter starken Schmerzen 14 Tage fortgesetzt. Dann trat an der Stelle der Verletzung eine Pneumonie auf, die auch den rechten Unterlappen ergriff. Genossenschaft und Schiedsgericht lehnten wegen mangelnden Zusammenhanges die Entschädigung ab trotz gegenteiligen Gutachtens des Verfassers. Das Reichs-Versicherungsamt billigte sie zu, indem es annahm, daß Patient durch die noch nicht völlig beseitigten Unfallsfolgen für die Pneumonie disponiert gewesen sei. Ende April 1900 trat in der vordern Axillarlinie eine umschriebene, trockene Pleuritis auf. Auch für diese wurde seitens der Berufsgenossenschaft die Rente abgelehnt. Doch erkannte das Schiedsgericht den Zusammenhang mit dem $1^1/_2$ Jahre zuvor erlittenen Unfall an und bewilligte 50 % bis zum 1. Oktober 1901. Gegen die Entziehung der Rente legte Patient dann Berufung ein. Er erhielt 1903 nach erneutem Gutachten des Verfassers und Beobachtung in einer Klinik vom R. V. A. wiederum 20 %. Lokale Beschwerden an der Stelle der ursprünglichen Verletzung dauerten bei Bearbeitung des Falles noch zeitweise an. Ktg.

Impftuberkulose bei Morphinismus.

Aus der medizinischen Klinik zu Leipzig.

Von Dr. med. O. Bruns, Assistent der Klinik.

(Münch. med. Wochensch. 1904 Nr. 37.)

Ein tuberkulöser Patient machte sich selbst Morphiuminjektionen in der Weise, daß er die zu injizierende Hautstelle zuerst mit seinem Speichel befeuchtete, sodann die Spritzennadel zum Zweck der Prüfung auf Durchgängigkeit an den Mund führte und hindurchblies. Prompte Bildung von tuberkulösen Herden im Unterhautbindegewebe war die Folge. Der sichere Nachweis, daß diese Herde wirklich Impfherde waren, wurde erbracht, indem in der Klinik aseptische Konkurrenzinjektionen gemacht wurden, die den zur selben Zeit vom Patienten nach seiner „Methode“ gemachten gegenüber steril blieben.

Seelhorst.

Die Choleradiagnose mit Hilfe eines neuen Nährbodens.

Aus dem Königl. hygien. Institut in Posen. Direktor Medizinalrat Prof. Dr. Wernicke.

Von Albert Hirschbruch.

(Separat-Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch Bd. XII.)

Zur Erkennung der ersten Cholerakranken und Choleraträger gibt H. einen Spezialagar an, der die Diagnose sicherer und die Untersuchung leichter macht. Dabei knüpft er an eine mit Schwer vorgenommene Prüfung des Typhusnährbodens nach v. Drygalski-Conradi und einer nach ähnlichen Prinzipien hergestellten Bouillon an (Hyg. Rundsch. Bd. 13. 1903. S. 864) und weist darauf hin, daß sie schon damals den Agar nach v. Drygalski-Conradi angelegentlichst für die Choleradiagnose empfahlen. Die fortgesetzten Untersuchungen (Zentralbl. f. Bakt. Bd. 34 1903 S. 585) haben eine Vereinfachung in der Bereitungsweise des Typhusnährbodens für die Cholera durch Verminderung des Agargehalts von $3^1/_2$ auf $1^1/_2$—1 % und Fortlassen des Nutrose- und Troponzusatzes erwünscht gemacht. Bezüglich der einzelnen, ausführlichen Angaben für die Herstellung des Choleraagars muß auf das Original verwiesen werden, hier sei nur bemerkt, daß eine Umarbeitung aus Bouillonagar nötigen Falles in 45 Minuten möglich ist. Ein solches Spezialagar zeigt auf sehr dünnen Platten nach 10—12, auf dickeren am schönsten nach 16—18 Stunden auf dem violetten Nährboden auch bei künstlicher Beleuchtung die Cholerakolonien tautropfenartig durchsichtig schön himmelblau, die Kolonien des Bakterium coli opak rot mit einem Stich ins violette. Nach 36—48 Stunden sind selbst Mischkolonien unfehlbar sicher zu erkennen: in die roten oder hellgrünlichblauen Kolonien des Bakterium coli sind die Cholerakolonien als dunkelviolettblaue, in der Durchsicht schwarze Punkte eingesprengt. Gelegentliches — nach Ansicht des Verf. bisher noch nicht bekanntes — atypisches Verhalten des Bakt. coli (sehr helle, choleraähnliche transparente Kolonien) und das fast genau gleiche Aussehen der Kolonien anderer Vibrionen kann differentialdiagnostische Schwierigkeiten bereiten, die aber sicher zu beseitigen sind. Die diesbezüglichen Einzelheiten, wie auch die ausführliche Darstellung des Entwicklungsganges unserer Kenntnisse der für die Versuche grundlegender Alkali- und Säurebildung der Kolonien müssen im Original nachgesehen werden. Ziegenhagen-Danzig.

Zur Diagnose der Tollwut.

Von cand. med. Lina Luzzani. Aus dem Laboratorium für allg. Pathol. und Histol. an der Univers. Pavia unter Prof. Golgi.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh. 1905. Band 49 Heft 2.)

Lieblingssitz des Wutparasiten ist das Ammonshorn. Da gewöhnlich die Köpfe der wutverdächtigen Tiere zugeschickt werden, so ist die Untersuchung frisch vorzunehmen. Sobald einige durch parallele Frontalschnitte gewonnenen Stückchen des Organs in Zenkerscher Flüssigkeit hinreichend fixiert sind, werden sie einige Minuten in Wasser ausgewaschen und dann wieder herausgenommen. Die Schnittfläche wird mit einer Lanzettnadel sanft abgekratzt. In dem Detritus sind stets zahlreiche vereinzelte Zellen, in denen der Parasit leicht zu erkennen ist, falls das betreffende Tier davon befallen war. Fällt diese Untersuchung negativ aus, so sind noch eingebettete gefärbte Schnitte zu durchmustern, ehe man das Vorhandensein des Parasiten und damit der Krankheit in Abrede stellt. Für die Färbung hat sich die Mannsche Methode am besten bewährt. Verfasserin untersuchte 457 Hunde. Bei 297 bestand Wut. Bei 288 davon erlaubte die Zupfmethode ein sofortiges sicheres Urteil.

Ktg.

Über die Looss'sche Lehre, betr. die Einwanderung der Anchylostomumlarven durch die Haut.

Von Dr. Tenholt, Oberarzt d. Allg. Knappsch.-Ver. in Bochum.

(Ztschr. f. M. B. 1905. Nr. 4. S. 91.)

Am 16. Dezember 1904 wurden einem jungen Arzt, der sich dazu erboten hatte, ca. 10 Tropfen einer Flüßigkeit auf den Arm gebracht, in der etwa 100 lebende Larven von Anchylostomum duodenale suspendiert waren. Nach 6 Stunden leichtes Jucken. Tags nachher ein Dutzend gerötete Fleckchen auf der Haut, jedes an einer Haarwurzel. Mitte Januar 1905 leichter Magenkatarrh. Am 1. Februar wurden Eier des A. im Stuhl nachgewiesen. Bei sorgfältigem Ausschluß jeder andern Möglichkeit ist die Entwicklung der von dem Kollegen beherbergten Parasiten aus den auf die Haut gebrachten Larven erfolgt. Dr. T. behält sich vor, auf die Bedeutung des Versuchs später näher einzugehen. Ktg.

Eine eigenartige Epidemie im Anschluß an das Kaisermanöver 1903.

Von Oberstabsarzt Dr. Naether in Leipzig.

(Deutsche militärärztl. Zeitschr. 1905. Heft 1.)

Unmittelbar nach der Rückkehr aus dem Manöver gingen im September 1903 binnen drei Tagen 24 Leute zu. Alle waren ohne Vorboten plötzlich mit Schüttelfrost, Kopf- und Muskelschmerzen, Übelkeit, allgemeiner Prostration, teilweiser Benommenheit und hohem Fieber erkrankt. Das Gesicht war livide, etwas gedunsen; die Augenbindehaut injiziert. Zunge trocken, Appetit geschwunden. In 6 Fällen Herpes labialis; ebenso oft Tonsillitis. Milz deutlich geschwollen; Leib weich.

flach; bei einigen etwas aufgetrieben und über Magen und Leber etwas druckempfindlich. Stuhl meist angehalten, nur in 5 Fällen Durchfall. Bei der Mehrzahl dagegen leichte Albuminurie. Das Fieber war etwa 8 Tage hoch, bis 40; es fiel dann plötzlich, zeigte aber einige Male deutlich rezidivierenden Typus. Der Puls anfangs frequent bis 120, blieb nach dem Fieberabfall auffallend lange sehr langsam. Alle Kranken wurden geheilt. Zuerst stellte sich der Appetit wieder her; doch dauerte die Gesamtbehandlung bei rein expektativ-symptomatischem Verfahren immerhin 26—56 Tage; am längsten in 4 Fällen, die sich mit Iritis, Pharyngitis, heftigen Koliken und schwerer Anämie komplizierten. In einigen Fällen trat starkes Nasenbluten auf; einmal ein in 24 Stunden vorübergehender, roseolenähnlicher Ausschlag. Nie wurde Ikterus beobachtet.

Über die Art der Krankheit war kein sicheres Urteil zu gewinnen. Agglutinationsproben ließen Typhus, Paratyphus und Fleischvergiftung ausschließen; auch Malaria, Influenza und Rekurrens war nicht anzunehmen. Influenzabazillen wurden nie gefunden; auch waren die Luftwege kaum beteiligt; endlich herrschte keine Epidemie. Schließlich wurde die Affektion als eine Art Weilscher Krankheit angesprochen; wenn auch der Ikterus fehlte. Ktg.

Ixodes ricinus als Ektoparasit beim Menschen.

Von Dr. Reihlen.

(Medizin. Korrespond.-Blatt des Württemberg. ärztl. Landesvereins. Bd 75, Nr. 1 S. 8)

Verf. beschreibt eine weibliche Zecke, einen sogenannten Holzbock (Ixodes ricinus), welche sich am Oberarm eines Kindes festgesogen hatte, und dort einen ungefähr kirschgroßen Tumor bildete. Die Entfernung gelang leicht und die kleine Bißwunde heilte in wenigen Tagen. Mitunter brechen die in die Haut eingestoßenen Kiefertaster und der dazwischen hineingebohrte Rüssel ab und bilden dann einen Fremdkörper, der durch Eiterung ausgestoßen werden muß. Dies kann man verhindern, wenn man das Tier durch Aufträufeln von Äther oder Benzin betäubt und zum Schrumpfen und Loslassen bringt.

Der Ixodes ricinus ist kein Käfer, sondern gehört zu den Spinnentieren. Die Tiere wohnen an lichten Stellen im Walde und halten sich namentlich an grasbewachsenen Wegen auf, um Hunde und Eichhörnchen anzupirschen. Nur das Weibchen bildet sich zum Vampyr aus. Hat das Weibchen sein Ziel erreicht, so pflegt sich auch das Männchen einzustellen und hakt sich auf dieselbe Weise, wie das Weibchen an seinen Wirt an dem Unterleib des Weibchens fest und bleibt an dessen Genitalöffnung bis zu fünf Tagen sitzen. J. Meyer-Lübeck.

Neurologie und Psychiatrie.

Névroses et traumatismes.

Von Dr. Poëls-Brüssel.

(Bull. de l'assoc. internat. des médecins-experts de comp. d'assurance. 1904. Nr. 3 u 4.)

Poëls will den Ausdruck „traumatische Neurose“ aus der wissenschaftlichen Erörterung gestrichen wissen. Aber er macht sich die Beweisführung doch etwas leicht, indem er an der Hand einer ausführlichen Kasuistik beweist, was niemand (und am wenigsten Oppenheim) bestritten hat: daß viele Erkrankungen des Nervensystems, die nach Traumen auftreten, ihren Grund in schweren organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems haben. Diejenigen Erkrankungen, bei denen eine solche anatomische Läsion nicht nachweisbar ist, will Poëls in die Gruppen der Hysterie, Neurasthenie usw. einreihen. Er beruft sich u. a. auf Strümpell, der die „traumatische Neurose“ nicht als eine besondere Krankheit anerkenne. Aber gerade Strümpell weist doch auch darauf hin, daß der Autor des Ausdrucks an dieser Begriffsbestimmung oder Begriffsverwirrung unschuldig sei, und er hebt auf der anderen Seite bekanntlich auch hervor, daß den Neurosen nach Unfällen viele gemeinsame und charakteristische Züge anhaften. Wenn darüber hinaus der Streit um das Wort „traumatische Neurose“ immer noch fortdauert, so ist es nur zu oft eben ein Streit um Worte, der weniger mit den Mitteln wissenschaftlicher Beobachtung, als haarspaltender Dialektik geführt wird. Lehfeldt.

Über den Wert der Untersuchung des Liquor cerebrospinalis für die Diagnose der Nerven- und Geisteskrankheiten.

Von Siemerling.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904. Nr. 21.)

Auf Grund der an 56 Geisteskranken, 15 Nervenleidenden und 4 Meningitispatienten vorgenommenen, technisch beschriebenen Lumbalpunktion sieht S. in der Zytodiagnostik, der Prüfung des chemischen Verhaltens und der physikalischen Eigenschaften (Chromodiagnostik) des Liquor cerebrospinalis eine wertvolle Bereicherung unserer Untersuchungsmethoden. Die Chromodiagnostik, deren besonders von den Franzosen gewonnene Resultate ausführlich erwähnt werden, kann die Herkunft einer Blutung unterscheiden helfen (nach dem Zentrifugieren Bleiben rötlicher Farbe bei extraduraler Blutung, Verschwinden derselben und Absetzen des Blutes bei Hämorrhagiedurchbruch in die Ventrikel; Abhängigkeit der durch Hämoglobinlösung bedingten Färbung des Liquor cerebrospinalis vom Zeitpunkt der Blutung). Die chemische Untersuchung, deren Literatur auch zitiert wird, zeigt, daß mit der Lymphozytose meist eine — durch Trübung nach Zusatz von Magnesium- oder Ammoniumsulfat erkennbare — Vermehrung des sonst 0,2 bis 1,0 zu 1000 betragenden Eiweißgehalts einhergeht. Lymphozytose, die übrigens nur unter voller Berücksichtigung der gesamten übrigen Symptome verwertet werden darf, fand sich bei 38 Paralytikern 37mal, fehlte bei allen anderen Geisteskranken, ausgenommen einen auf beginnende Paralyse verdächtigen Alkoholisten mit neuritischen Symptomen und einen event. früher luetischen Paranoiker. Unter den Nervenkranken hatten die Patienten mit Lues cerebrospinalis, Tabes, (wahrscheinlich luetischen) Tumor medullae spinalis eine ausgesprochene Lymphozytose, ein Fall von multipler Sklerose zeigte eine leichte Form. Im Liquor der Meningitiskranken fanden sich deutlich vermehrte Lymphozyten, bzw. Eiterkörperchen. Ausgesprochene Lymphozytose weist auf das Bestehen meningitischer Reizung hin und ist nach S.s Eindruck direkt unter die Frühsymptome der Paralyse zu zählen. Ziegenhagen-Danzig.

Die Bedeutung der Lumbalpunktion für die Psychiatrie.

Von Nissl.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904. April.)

Zu einer sehr ausführlichen Arbeit, die sich auf eine große Zahl von einschlägigen Untersuchungen stützt, bespricht er die psychiatrische Bedeutung der Lumbalpunktion. Wenn er sie auch als eine wesentliche Bezeichnung unserer diagnostischen Hilfsmittel ansieht, so warnt er doch vor der Überschätzung ihrer diagnostischen Bedeutung; sie hat ihm bei seinen zahlreichen Untersuchungen nur ein einziges Mal höchstwahrscheinlich zur richtigen Diagnose verholfen.

Für die Leser dieser Zeitschrift haben besonderes Interesse die Ausführungen zu der Frage, ob der verantwortliche Leiter einer Irrenanstalt das Recht hat, zu diagnostischen Zwecken die Lumbalpunktion anzuwenden. Ein Todesfall nach einer derartigen Lumbalpunktion, bei der also nur 3—5 ccm Flüssigkeit entnommen wurden, ist nicht bekannt; bei Verdacht auf Kleinhirntumor unterbleibt am besten die Punktion überhaupt; von einer bleibenden Schädigung ist auch keine Rede. Dagegen treten fast durchweg vorübergehende Schädigungen (Kopfschmerzen, Übelkeit, Brechreiz, Erbrechen,

Nackenschmerzen, Apathie, Arbeitsunfähigkeit) auf, die bei Rückenlage abnehmen, bei Bewegungen zunehmen. Jedenfalls darf die Lumbalpunktion, die diagnostischen Zwecken dient, nicht als ein indifferenter Eingriff bezeichnet werden; sie muß als eine Operation charakterisiert werden. Zu ihrer Ausführung bedürfen wir der Einwilligung der Kranken bzw. ihres gesetzlichen Vertreters. Ernst Schultze.

Über Zystizerken im Gehirn des Menschen.

Von Sato Tsuneji.

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 27. Band. 1. und 2. Heft.)

Verfasser verwertet zu seiner Arbeit 128 Fälle, darunter 4 von ihm selbst beobachtete und kurz geschilderte, und bespricht das Vorkommen von Gehirnzystizerken, den Infektionsmodus, die Anatomie, Symptomatologie und Diagnose.

Hinsichtlich der Symptome unterscheidet er verschiedene Typen im Gegensatz zu Griesinger nicht nach den Allgemeinsymptomen, sondern nach den Lokalsymptomen. Er stellt folgende 3 Gruppen auf: Zystizerken an den Häuten des Gehirns, an der Hirnrinde und in der Rindensubstanz des Großhirns, Zystizerken in den Ventrikeln und schließlich solche an der Gehirnbasis und im Kleinhirn.

Bei der ersten Gruppe findet man im mittleren Alter auftretende, oft recht stürmisch verlaufende Epilepsie, psychische Störungen, Herdsymptome, sowie Kopfschmerzen und Schwindel, wenn auch von geringer Stärke.

Bei Zystizerken in den Ventrikeln werden beobachtet Kopfschmerz, Schwindel, unsicherer Gang und oft recht häufiges Erbrechen; diese Symptome sind dauernd und intensiv. Bei Sitz im IV. Ventrikel ist plötzlich eintretender Tod nicht selten; die Ursache liegt in einer akuten übermäßigen Flüssigkeitsansammlung infolge der entzündlichen Vorgänge am Ependym und in dem mechanischen Druck.

Zystizerken an der Gehirnbasis gehen mit Symptomen seitens der Hirnnerven einher.

Für die Diagnose sind wichtig Feststellung der Hautzystizerken oder der Taenia im Darm, sowie das Auftreten epileptischer Anfälle im mittleren Alter bei Ausschluß anderer ursächlichen Momente, da Zystizerken bis zum 2. Dezennium außerordentlich selten vorkommen. Ernst Schultze.

Über Mikropsie und verwandte Zustände.

Von Heilbronner.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 27. Band. 5. und 6. Heft.)

Von der Mikropsie trennt der Verf. die Porropsie; bei dieser rücken die Gegenstände ferne, ohne daß sie kleiner erscheinen. Beide Zustände können sich kombinieren mit Störungen der Vorstellungen von Lage und Bewegungen des Gesamtkörpers (allgemeiner Schwindel) oder einzelner Teile des Körpers (partieller Schwindel). Sie sind die Folge einer krankhaften Störung in der Hirnrinde, durch welche die Wahrnehmung von an sich nicht krankhaft veränderten Zuständen der Augen- resp. Körpermuskulatur gefälscht wird. Die Mikropsie bei Epileptikern ist dem echten epileptischen Schwindel verwandt.

Ernst Schultze.

Über Status hemiepilepticus idiopathicus.

Von Leo Müller.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 1. Heft.)

Unilaterale Anfälle schließen die Annahme einer genuinen Epilepsie nicht aus; wohl aber wird dies behauptet vom Status hemiepilepticus, den man nur bei symptomatischer Epilepsie zugab.

Einzelne Befunde früherer Autoren, besonders von Landouzy und Siredey sprachen nicht dafür. Verf. veröffentlicht nun acht Fälle von idiopathischem hemiepileptischen Status aus dem Eppendorfer Krankenhause. In sieben Fällen brachte die Sektion keine anatomische Erklärung. Analog dem allgemeinen Status epilepticus ohne organische Grundlage gibt es also auch einen Jacksonschen Status mit derselben üblen Prognose und ohne nachweisbares anatomisches Substrat.

In der Vorgeschichte ließ sich Trauma, Tuberkulose, Diabetes, Anämie usw. nachweisen; doch sieht Verf. hierin nur auslösende Momente für die schon präexistente epileptische Veränderung des Nevensystems. Die Entstehung und das Wesen des lokalisierten Status ist ebenso unklar wie die des allgemeinen Status.

Man wird mithin mit der Diagnose einer organischen Gehirnaffektion vorsichtiger sein müssen, und manche Enttäuschung der Hirnchirurgie findet hiermit ihre Erklärung.

Ernst Schultze.

Über Fälle von Symptomenkomplex „Tumor cerebri“ mit Ausgang in Heilung (Pseudotumor cerebri). Über letal verlaufende Fälle von „Pseudotumor cerebri“ und Sektionsbefund.

Von M. Nonne.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 3. u. 4. Heft.)

Eine höchst interessante und lesenswerte Arbeit. Verf. berichtet über Fälle, die unter dem klinischen Bilde eines Gehirntumors entweder einer Großhirnhälfte oder der hinteren Schädelgrube verliefen und die spontan oder unter Quecksilberbehandlung restlos und dauernd heilten oder als einziges Restsymptom eine Druckatrophie der Optici hinterlassen. Die Annahme des Vorliegens von Lues war nicht berechtigt. Das gleiche gilt hinsichtlich des Hydrocephalus; es fehlte an ursächlichen Momenten, ausgesprochene lokale Symptome fehlten, auch war der Verlauf ein anderer. Drei Fälle, die den gleichen Symptomenkomplex boten, kamen zur Sektion, die durchaus negativ verlief.

So warnt die Arbeit vor der Stellung einer absolut ungünstigen Prognose in Fällen, wo der Symptomenkomplex eines Hirntumors vorliegt, und vor der Überschätzung des etwaigen Erfolges bei Palliativtrepanationen.

Ernst Schultze.

Tetanie, Pseudotetanie und ihre Mischformen bei Hysterie.

Von Hans Curschmann.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 3. u. 4. Heft.)

Die Hysterie vermag die Tetanie in allen ihren eigenartigen objektiven und subjektiven Symptomen getreu nachzuahmen, selbst das Trousseausche Phänomen imitiert sie. Aber der Pseudotetanie fehlt die erhöhte elektrische Erregbarkeit der motorischen Nerven (Erb), und das ermöglicht die Differentialdiagnose zwischen der genuinen Tetanie und der Pseudotetanie.

Ernst Schultze.

Studien über den Oppenheimschen „Freßreflex“ und einige andere Reflexe.

Von Wilhelm Fürnrohr.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 27. Band. 5. und 6. Heft.)

Der von Oppenheim vor einiger Zeit beschriebene Freßreflex besteht darin, daß das Berühren der Lippen, der Zunge oder anderer Partien der Mund-Rachenhöhle rythmische, in kurzen Intervallen erfolgende Schmeck-, Saug-, Kau- und Schluckbewegungen auslöst. Oppenheim beobachtete diesen Reflex bei zwei Kindern mit ausgeprägter diplegia spastica infantilis.

Dieser Saugreflex ist nach des Verfassers Beobachtung eine durchaus normale und physiologische Erscheinung bei Neugeborenen; er verschwindet nach dem 8.—10. Monat, nach dem 11. Monat ist er eine pathologische Erscheinung und beweist

eine Schädigung der Großhirnrinde. Verf. fand ihn ebenfalls bei Pseudobulbärparalyse, im Coma epilepticum, im Coma paralyticum sowie bei hydrocephalus. Verf. hebt hervor, daß der Freßreflex vielleicht in der Differentialdiagnose zwischen cerebralen und bulbären Krankheitsherden verwertet werden kann, vielleicht auch bei der Unterscheidung zwischen einem hysterischen und epileptischen Anfall.

Henneberg beschrieb den „harten Gaumenreflex"; streicht man schnell und kräftig den harten Gaumen von hinten nach vorn mit einem harten Stabe, so tritt eine kräftige Kontraktion des orbicularis oris ein. Verf. fand diesen Reflex des harten Gaumens nur sehr selten bei gesunden Kindern. Er sah ihn bei den Hemiplegieen der verschiedensten Art, bei multipler Sklerose, selten bei Paralyse, einige Male bei Kindern aus neurasthenischer Familie, psychopathisch Minderwertigen etc. Der Reflex weist hin auf abnorme Reizzustände und besonders auf spastische Erscheinungen im Facialisgebiet.

Schließlich studierte Verf. noch den „réflexe buccal" von Toulouse und Vulpas, eine schnäuzchen- oder rüsselförmige Vorwölbung der Lippen durch Kontraktion der M. orbicularis oris bei Beklopfen der Oberlippe. Er findet sich normaliter bei Neugeborenen in den ersten Tagen. Später findet er sich bei vielen Krankheiten, bei Alkoholismus, bei epileptischer Demenz, vor allem bei der progressiven Paralyse. Dieser réflexe buccal ist übrigens nur der Ausdruck einer abnormen mechanischen Überempfindlichkeit. Ernst Schultze.

Die Hautreflexe an den unteren Extremitäten unter normalen und pathologischen Verhältnissen.

Von R. Friedländer.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26, 4.—6. Heft.)

Verf. gibt eine kurze, klare Schilderung der allgemeinen Physiologie und Pathologie der Hautreflexe. Genauer beschäftigt er sich mit dem Babinskyschen Phänomen, das charakterisiert ist durch das Fehlen der primären Plantarflexion der Zehen und eine ausgeprägt träge Dorsalflexion der großen Zehe, bedingt durch tonische Kontraktion des Extensor hallucis longus. Auch nach den Beobachtungen des Verf. spricht Babinsky mit hoher Wahrscheinlichkeit, wenn nicht mit Sicherheit, für eine Läsion der Pyramidenbahn. Er fand die reflexogene Zone vielfach nicht auf die Fußsohle beschränkt; sie erstreckte sich auch auf den Fußrücken und Unterschenkel, hie und da auch noch auf den Oberschenkel. Dann ist aber doch meist die Planta medis das Zentrum der reflexogenen Zone.

Neben der Dorsalflexion der großen Zehe fand Verf. oft eine intensive und ausgesprochene tonische Dorsalflexion des Fußes, die durch Kontraktion des Tibialis anticus bedingt ist. Diese reflektorische Dorsalflexion des Fußes tritt nur mit Babinsky auf und wird vom Verf. als pathologische Veränderung des Plantarreflexes aufgefaßt. Er unterscheidet geradezu einen „einfachen" Babinsky (lediglich Zehenstreckung) und „verstärkten" Babinsky (Zehen- und Fußstreckung). Ernst Schultze.

Über den Kremasterreflex und die Superposition von Reflexen.

Von Steiner.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 Heft 3.)

Verf. fand den Kremasterreflex bei 97% gesunder Individuen, wenn er sein Fehlen erst dann annahm, wenn auch der Inguinalreflex fehlte. Eine gesetzmäßige Beziehung zwischen Kremaster- und Patellarreflexe hinsichtlich ihrer Stärke besteht nicht. Fällt die Reizung der inneren Oberschenkelfläche positiv aus, so erscheinen entweder zugleich Kremaster- und Leistenreflex oder es erscheint der Leistenreflex allein, aber niemals der Kremasterreflex allein.

Dann beschreibt er noch folgende Erscheinnng. Reizt man oberhalb des Knies, so erscheint vielfach neben dem Kremasterreflex auch der Inguinalreflex. Steigt man mit dem Reize an der Innenseite des Oberschenkels in die Höhe, so schließt sich dem begleitenden Inguinalbild der mesogastrische und auch der epigastrische Reflex an, wenn der Reiz am Oberschenkel etwas über der Höhe des unteren Hodenrandes erfolgt. Das nennt Verf. Superposition der Reflexe. Verf. fand sie bei ganz gesunden Männern und nimmt an, daß die Verbindung der Reflexe innerhalb des Rückenmarks liegt. Ernst Schultze.

De la prophylaxie et de la thérapeutique de la crampe des écrivains et des musiciens.

Von Prof. Zabludowski-Berlin.

(La méd. des accid. du travail. 1904 Nr. 10.)

Es ist unmöglich, im Volumen des Referats auf die Einzelheiten einzugehen, die z. T. durch Abbildungen erläutert werden. Wir geben die zusammenfassenden Ergebnisse wieder. Zur Verhütung und Heilung des Schreibkrampfes ist erforderlich passende Auswahl des Sitzplatzes, korrekte Haltung des Körpers und der Hand, sorgfältige Auswahl der Schreibgerätschaften, eventuell Erlernung von Stenographie und Schreibmaschinenschrift, und endlich sorgfältige Überwachung der Schüler durch die Lehrer, in bezug auf korrekte Arbeit und saubere Schrift. — Von den Musikern werden am häufigsten Klavierspieler, in zweiter Linie Geiger von krampfartigen Zuständen der Hände befallen. Diese würden seltener werden, wenn die Technik des Spiels als Selbstzweck in den Hintergrund treten würde, wenn die Komponisten auf die Durchschnittskräfte eines normalen ausübenden Musikers mehr Rücksicht nähmen, und wenn die Lehrer bei der Auswahl der Übungsstunde auch die Individualität des Schülers und den anatomischen Bau seiner Hände berücksichtigen würden. — Bei all diesen Krampfzuständen ist die Massage ein wesentliches Hilfsmittel der Behandlung. Die Ermüdungsprodukte werden durch sie schneller aus dem Körper herausgeschafft.

Lehfeldt.

Vergiftungen.

Über bleihaltige Abziehbilder.

Von Dr. Focke in Düsseldorf.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905. 18. Jahrg. 3. Heft.)

Verfasser sah bei einem sechsjährigen Mädchen nach einer fieberhaften Gastroenteritis eine langdauernde Albuminurie (ohne Zylinder), unter gleichzeitiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens. Das Kind hatte in der Konvaleszenz täglich stundenlang mit Abziehbildern gespielt. Untersuchung von 20 solcher Bilderbogen zeigte bei fünf erheblichen Bleigehalt, wahrscheinlich in dem leimähnlichen Überzuge der Bogen. Von diesem ist in dem Gesetz über die Verwendung gesundheitsschädlicher Farben vom 5. Juli 1887 nicht die Rede. Es ist hier eine Lücke, die der Ausfüllung bedarf. Ktg.

Über Wismuth-Vergiftung.

Von Dr. W. Mahne, I. Ass.-Arzt am Vinzenz-Hospital zu Köln.

(Berl. klin. Wochenschrift 1905. Nr. 9.)

Selbst reines Bismuth subnitr. kann bei innerer und äußerer Anwendung Vergiftungen hervorrufen, deren Zeichen in leichteren Fällen in Stomatitis, in schwereren in Enteritis und Nephritis bestehen. Verf. bringt vier neue Beobachtungen, deren eine einen tödlich verlaufenen Fall betrifft. Bei einer 35jährigen schwächlichen Frau wurden vom 25. Juli ab ausgedehnte Verbrennungen 2. und 3. Grades 8 Tage lang mit 10% Wismuthsalbe, dann wegen starker Eiterung mit essigsaurer Tonerde, von der 4. Woche ab wieder mit der Salbe behandelt. Während die Reinigung und Heilung der Wunden ohne Störung im Gange

war, traten anfangs September Schmerzen im Zahnfleisch und schwarzer Saum daran auf; dann schwarze Flecken auf Zunge und Mundschleimhaut. Die Salbe wurde ausgesetzt. Trotzdem kam es zu Durchfällen und Albuminurie mit vielen Zylindern im Harn. Am 25. September, dem 63. Krankheitstage, Exitus. Die Sektion ließ schwarze Verfärbung der Schleimhaut im ganzen Colon und parenchymatöse Nephritis erkennen. Der Tod wird lediglich auf die Wismuthwirkung bezogen. Wahrscheinlich hat die Zusammensetzung der Salbe mit Ungt. Paraffini die Resorption erleichert; denn nach Anwendung der Bardelebenschen Brandbinde, welche das Wismuth pulverförmig enthält, sind noch nie Intoxikationserscheinungen aufgetreten. Im vorliegenden Falle hat die große Ausdehnung der mit dem Mittel verbundenen Brandwunden, — $1/3$ der Körperoberfläche — zur Schwere der Vergiftungserscheinungen wesentlich beigetragen. Ktg.

Zur Kasuistik der chronischen Schwefelkohlenstoffvergiftung.

Von R. Vanysek.

(Nach dem Referat von G. Mühlstein-Prag im Zentralblatt f. inn. Medizin 1904. Nr. 36. Sbornik Klinicky Bd. V. S. 223.)

Vulkanisation von Kautschukgegenständen in schlecht ventiliertem Raum brachte bei vier im Alter von 19—39 Jahren stehenden Arbeitern, deren einer belasteter Alkoholiker war, chronische Schwefelkohlenstoffvergiftung zustande. Neben den bekannten, auf die vier Kranken verschieden verteilten Zeichen (Laseguesches Symptom, quantitative Herabsetzung der galvanischen und faradischen Erregbarkeit der Nervi radiales und peronei und der von ihnen versorgten Muskeln, Erhöhung der mechanischen Muskelerregbarkeit, der vasomotorischen Reflexe, der Patellarreflexe, motorische Schwäche der Muskeln, Parese der Extensoren des Unterschenkels, Tremor der Hände und des Kopfes, Hautanästhesien an den oberen Extremitäten und den unteren von den Knien abwärts, spätere Pallanästhesie, einmal Hyperästhesie, Impotenz) kamen bei dem einen oder anderen die im Verlauf dieses Leidens noch nicht beobachteten Erscheinungen der pseudospastischen Parese mit Tremor (Fürstner-Nonne), der orthostatischen Tachykardie, der exspiratorischen Pulsretardation und des Erbschen Symptoms vor.

Ziegenhagen-Danzig.

Zwei Fälle von Vergiftung mit Akonit.

Von Kornalewski.

(Zeitschr. für Medizinalbeamte 1904 Nr. 15.)

K. teilt zwei durch ihre Ursache interessante Beobachtungen von Akonitvergiftung mit, deren eine für den beamteten Arzt besonders wichtig sein dürfte. Es war nämlich einer — wohl influenzakranken — Frau von ihrer Nachbarin eine nicht mehr feststellbare Dosis homöopathischer wässeriger Akonitlösung gegeben. Es kam zu einer Akonitvergiftung mit den mehr oder minder deutlichen charakteristischen Symptomen (Kollaps, Erbrechen, Brennen im Hals, Atemnot, Kyanose, Präkordialangst, unregelmäßige Herzaktion, Pupillenerweiterung usw.), welche auch der andere Fall aufwies: Hier war die Ursache der Genuß eines „Selleriesalats“, zu dem Tubera von Aconitum Napellus als vermeintliche „junge Wurzeln“ von Sellerie aus einem Gemüsebeet genommen waren. Unter Anwendung von Exzitantion bzw. der Magenpumpe kam es in beiden Fällen zur endlichen Genesung. K. weist auf die Gefährlichkeit homöopathischer Medizinen hin, die sich besonders in Sachsen einer ungemeinen Beliebtheit erfreuen, und mahnt die beamteten Kollegen bei Revisionen der Geschäfte zu besonderer diesbezüglicher Aufmerksamkeit, die mindestens zu größerer Vorsicht bei der Abgabe solcher Mittel führen wird.

Ziegenhagen-Danzig.

Hygiene.

Der soziale Charakter der Militärmedizin und ihre sozialhygienischen Aufgaben.

Von Oberstabsarzt Dr. Neumann in Bromberg.

(Archiv für soziale Medizin und Hygiene. Neue Folge der Monatsschrift für soziale Medizin, herausgegeben von Dr. Fuerst und Dr. Jaffé in Hamburg. 1 Band; 3. Heft.)

Die Arbeit gehört gewissermaßen zu denjenigen, welche die Zeitschrift in ihrer neuen Form einzuführen bestimmt sind. Das betr. Gebiet kann zu ihren Aufgaben in Beziehung gesetzt werden. Daß die Armee in jedem Lande mit allgemeiner Wehrpflicht einen wesentlichen Teil des sozialen Körpers bildet; daß Wechselwirkungen zwischen ihr und den übrigen Gliedern desselben mannigfach in die Erscheinung treten, liegt auf der Hand. Verf. hat Alles, was an Gesundheitspflege für die Armee geleistet wird, durchmustert und sich mehr in kurzen Ausblicken, als in tieferer Begründung zu zeigen bemüht, was von der Heereshygiene für die Nation erhofft werden kann. — Die Armeegesundheitspflege vollzieht sich teils unabhängig von dem Individuum: Unterkunft, Bekleidung, Verpflegung, Trinkwasser, Schutz vor epidemischen Schädlichkeiten; teils individuell durch Unterweisung über die zuträglichen Dinge und die Überwachung der Ausführung. Hierher gehört die Marschhygiene, Haut- und Fußpflege, Belehrung über Geschlechtskrankheiten und Alkoholismus usw. Verf. will, daß der Soldat das, was er in der Armee gelernt hat, nach der Entlassung in bürgerlichen Kreisen verbreitet, und für die Volksgesundheit verwertet.*) Hygienische Belehrungen werden in allen großen Armeen gepflegt; nach meiner Kenntnis neben der unsrigen besonders eifrig in der japanischen**) und französischen. Was bei uns mit den beiden Arten der Gesundheitspflege in systematischer Arbeit erreicht ist, zeigt der jüngst veröffentlichte Armee-Sanitätsbericht für 1901—02. Die Verminderung des Krankenzuganges seit 1881 um 212,1‰ der Kopfstärke; der Sterblichkeit um 1,9‰; des Typhuszuganges um 6,6‰; des Tuberkulosezuganges (seit 1890) um 1,3‰ sind sprechende Beweise. Trotzdem halte ich die Schlußfolgerungen des Verf. nicht für so ausführbar, wie er. Was für den Soldaten ohne sein Zutun geschieht, kann er nicht mitnehmen. Einmal wieder in bürgerlichen Verhältnissen, unterliegt er der hygienischen Fürsorge, die für diese seitens des Staates, der Gemeinde, der Berufsgenossenschaften und der Arbeitgeber getroffen wird. Daß die persönlichen Kenntnisse des Mannes in der Gesundheitspflege nach der Entlassung lange vorhalten, bezweifle ich. Selbst wenn sein Verständnis und Interesse bleibt, wird ihm sehr oft der äußere Zwang der Erwerbstätigkeit die Fortführung des im Militär erlernten und überwachten gesundheitlichen Verhaltens unmöglich machen. Man denke nun an die Tausende, die in die industriellen Betriebe des Berg- und Hüttenwesens, der Maschinen- und chemischen Fabriken, der Wasserwirtschaft, des Tiefbaues usw. zurücktreten.

Endlich aber darf bei der Bewertung hygienischer Ergebnisse aus der Armee nicht außer Betracht bleiben, daß Krankenzugang und Sterblichkeit auch durch die Entlassungen beeinflußt sind, die infolge besserer Diagnostik und erweiterter Bestimmungen eher veranlaßt werden, als vordem; daß es schließlich Affektionen und Krankheitsanlagen gibt, die durch den Heeresdienst verschlimmert werden. So gerade die vom Verf. angeführten tuberkulösen und Herzerkrankungen. Es ist kein Zufall, daß die Zahl der Unbrauchbaren seit 1881 um 3,5‰ Kpfst.; die der Halbinvaliden um 3,6; die der Ganzinvaliden um 5,6‰ zugenommen hat; und daß die Krankheiten der Luftwege

*) Derselbe Gedanke hat vor kurzem in einer Broschüre von Weiß „Militär und Volkshygiene“ Ausdruck gefunden.

**) In Japan ist Gesundheitspflege seit ca. 10 Jahren Unterrichtsgegenstand in den beiden oberen Klassen der Volksschulen.

mit 32,2 %, die der Kreislauforgane mit 16,7 % der Ganzinvaliden fast die Hälfte dieser seit mehr als zwei Jahrzehnten ununterbrochen wachsenden Kategorie von Entlassenen bilden.

Die Arbeit erinnert an manches, was Verf. in einer früher erschienenen Abhandlung über die Prophylaxe im Militärsanitätswesen ausgesprochen hat. Sie ist frisch und eindrucksvoll geschrieben, vielleicht hier und da ein wenig drastischer im Ausdruck, als für die nüchterne und objektive Würdigung der Aufgabe gut war. Ktg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am Donnerstag, den 9. März im Hörsaal der Prof. Lassarschen Klinik.

Demonstrationen: I. Über die Bedingungen und die Bedeutung der Sehschärfe für die einzelnen Berufsarten (Dr. med. Radziejewski). Der auf diesem Gebiete vielfach publizistisch hervorgetretene Referent weist ausführlich nach, wie er durch zahlreiche Untersuchungen an Arbeitern, Schülern, Lehrlingen die Beziehungen zwischen Sehschärfe und Beruf studiert und auf Grund dieser Studien seine bekannten Aufstellungen über Sehschärfe in verschiedenen Berufsarten festgelegt habe. Es ergibt sich nach R. die Forderung, die Wahl des Berufes von der Sehschärfe abhängig zu machen. Die Berufe des Maurers, Photographen u. a. erfordern auf beiden Augen $^2/_3$ Sehschärfe, ein Minus zieht weiteres Herabsinken der Sehschärfe und die Unmöglichkeit der Anpassung an den Beruf nach sich; es ist wichtig, weiten Kreisen des Volkes in dieser Beziehung Aufklärung zu verschaffen. R. fordert die Augenuntersuchung beim Eintritt in die Schule und beim Verlassen derselben und die Belehrung der abgehenden Schüler über eine dem Sehvermögen angepaßte Berufswahl. In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß auch Untersuchungen über die Beziehungen des Farbensinnes, der Beweglichkeit der Augenmuskeln und des stereoskopischen Sehens zur Berufswahl notwendig sind.

II. Statistische Tabellen über den Brustumfang bei Phthisikern (Dr. med. Gottstein). An dem Material einer Lebensversicherungsgesellschaft hat Gottstein das Verhältnis von Brustumfang zur Körperlänge studiert und gefunden, daß bei Tuberkulösen, unabhängig von der Dauer der Versicherung, ein primäres Mißverhältnis besteht. G. zieht daraus keine Schlüsse, regt aber zu weiteren Untersuchungen, vor allem bei Obduktionen an. In der Diskussion wird dem Referenten zugestimmt; insbesondere wird auch darauf hingewiesen, daß exzessive Körperlänge von den Versicherungsgesellschaften ein Beweggrund zur Ablehnung sei.

Es folgt der Vortrag des Herrn Geh. Reg.-Rat Bielefeldt über das Anschwellen der Invalidenrenten und die ärztlichen Atteste. Redner schildert zahlenmäßig das Anwachsen der Invalidenrenten seit Ende der neunziger Jahre, während bis dahin die Zahl der Altersunterstützungen die Invalidenrenten überstieg.

Es ist bekannt, daß dieses Ansteigen von vielen Seiten lebhaft kommentiert wurde. Eine besondere Kommission wurde von der Regierung mit der Revision und Erforschung der Ursachen des Steigens betraut. Angeschuldigt wurden: a) das neue Gesetz von 1900, das die Bedingungen der Invaliditätsunterstützungen erleichterte, b) die unteren Verwaltungsbehörden, welche sich an die Gutachten der Ärzte zu sehr banden, c) die Ärzte. Redner ging nun ausführlich auf die ärztlichen Atteste ein und legte dar, wie den Ärzten der Mangel gründlicher Untersuchung, übertriebene Gutmütigkeit, seitens verschiedener Versicherungsanstalten, zum Vorwurf angerechnet wurden, wie sie ungenaue Angaben über den Beginn der Invalidität machten oder Berufsinvalidität und reichsgesetzliche Invalidität verwechselten, wie vielfach die Fassung der Formulare Anlaß zu Mißverständnissen bot, wie schließlich den Ärzten mangelndes sozialpolitisches Wissen vorgeworfen wurde. Bielefeldt fordert zunächst, daß alle Ärzte den Begriff der Invalidität kennen und richtig verstehen. Der mit dem Kranken zu vergleichende Normalarbeiter soll nicht denselben Beruf, den der Kranke hat, sondern alle gleichartigen Berufe vertreten. Ist die Invalidität eines kranken Kaufmannes zu bestimmen, so müsse der Arzt beurteilen ob dieser Patient noch als Schreiber fungieren könne. Zahlreiche weitere Forderungen stellte der Redner an die Ärzte hinsichtlich der Begutachtung. Haupt- und Nebenleiden, die subjektiven Beschwerden sollten genau, event. nach Krankenhausbeobachtung, ferner Simulation oder Übertreibung näher dargelegt werden. Der Arzt solle den Verdienst des Normalarbeiters, den Charakter der Normalarbeit, die Dauer der Invalidität richtig beurteilen. Der Unfall, der mit der Invalidität in ursächlichem Zusammenhang steht, müsse besonders berücksichtigt werden, da die Definition der Erwerbsunfähigkeit in der Unfall- und Invaliditätsversicherung verschieden ist. Beim Rentenentziehungsverfahren habe der Arzt nur objektiv die Veränderungen gegen früher festzustellen. Der lehrreiche Vortrag fand reichen Beifall, man darf auf die Erwiderung von ärztlicher Seite gespannt sein.

Eisenstadt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Scholz, Friedr. Die moralische Anästhesie. Für Ärzte und Juristen. Leipzig. Ed. Heinr. Mayer. 1904.

Verf. befürwortet die Anwendung des Ausdrucks: „moralische Anästhesie", weil er der Wichtigkeit der Gefühlsabnormität mehr Rechnung trägt, als die anderen Ausdrücke. Er definiert sie als eine angeborene oder erworbene habituelle, im Streben und Handeln sich kundgebende, nach Art und Stärke abweichende abnorme Veräderung und Herabminderung moralischer Vorstellungen und Gefühle. Er unterscheidet verschiedene Typen, die, wie er sich selbst nicht verhehlt, vielfach ineinander übergehen, und zwar den Typus des unbewußten Motivs, den Typus des Zwangsmäßigen, die Typen des gesteigerten und des verringerten Strebens und den perversen Typus. Bei der Ätiologie legt er besonderen Nachdruck auf die Wirkung des Milieu im weitesten Sinne des Wortes. Was die Zurechnungsfähigkeit angeht, so betont er, daß deren Ausschluß von dem Nachweise der krankhaften Störung abhängt; von Belang sind hier vor allem Defekte der Intelligenz, eine Periodizität, sowie Angstzustände, insbesondere habituelle neurasthenische Angstzustände. Ernst Schultze.

Binswanger, O. und Siemerling, E. Lehrbuch der Psychiatrie. Gustav Fischer, Jena 1904. 341 S. brosch. M. 5, gebunden M. 6.

Vorliegendes Buch, das der Einführung der Psychiatrie in die neue Prüfungsordnung für Ärzte seine Entstehung verdankt, soll den Praktikanten in der psychiatrischen Klinik eine kurzgefaßte und zugleich möglichst vollständige Darstellung des gesamten Wissensgebietes geben, welches ihnen bei den klinischen Übungen zur lebendigen Anschauung gebracht werden soll. Diesen Zweck erfüllt das Buch durchaus, wenn auch hie und da dem Studierenden das Verständnis durch allzu kompendiöse Bearbeitung des Stoffes erschwert wird.

Aber auch der Praktiker wird das vorliegende Lehrbuch mit Erfolg heranziehen und der Sachverständige um so mehr, als vielfach kurz auf die rechtliche Bedeutung der Psychosen hingewiesen wird.

Das Prinzip der Arbeitsteilung ist in weitestgehendem Maße durchgeführt. Binswanger behandelt die ganze allgemeine

Psychiatrie, während die spezielle Psychiatrie sich auf 5 Autoren verteilt. Westphal erörtert die Manie Melancholie, die periodischen Störungen sowie die Neurasthenie und Hypochondrie; Siemerling die Paranoia, Delirien, Amentia, Graviditäts- und Puerperalpsychosen, Cramer die Intoxikationspsychosen, Hysterie und Epilepsie, Hoche die geistigen Schwächezustände, vor allem die dementia praecox und Wollenberg schließlich die organischen Psychosen. Ernst Schultze.

Robert Sommer. Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf naturwissenschaftlicher Grundlage. Leipzig, Joh. Amb. Barth, 1904. Mit 18 Abbildungen. 388 S. M. 10, gebunden M. 11,50.

Sommers Bestreben geht dahin, der Psychiatrie die psychologische Analyse zugrunde zu legen. Diesen Standpunkt hat er in ebenso eigenartiger wie anregender und anziehender Weise in seiner Diagnostik und in seinen psychopathologischen Untersuchungsmethoden vertreten.

In dem vorliegenden Buche wendet er die gleiche Methode auf die kriminellen Individuen an und macht damit einen Versuch, den man bei dem Gang, den er bisher getan hat, nur erwarten konnte.

Die analytische Behandlung des inneren Zustandes eines rechtsbrechenden Individuums — das ist der rote Faden, der sich durch das Buch zieht. Diese Methode schlägt die Brücke von der gerichtlichen Psychiatrie zur Kriminalpsychogie, zwischen welchen zwei Forschungsgebieten so mannigfache Verbindungen bestehen.

Für viele Leser dieser Zeitschrift wird der Abschnitt, der sich mit der strafrechtlichen Psychopathologie beschäftigt, von näherliegendem Interesse sein. Verf. schildert die verschiedenen Krankheitsbilder in ihrer strafrechtlichen Bedeutung klar. Er bringt fast 20 ausführliche Gutachten, die nicht nur inhaltlich interessant sind, sondern auch wegen der ungewöhnlichen Form, in der sie erstattet sind, gelesen zu werden verdienen. Der kriminalpsychologische Teil ist nicht minder anregend. Vor allem ist es erfreulich, daß auch Sommer Lombrosos Verdienste nicht schmälert. Er bemüht sich, zu zeigen, wie schon hie und da in unserer heutigen Zeit Forderungen der Kriminalpsychologie erfüllt werden, daß also zwischen der jetzigen Strafgesetzgebung und dem, was wir anstreben, kein prinzipieller Unterschied besteht.

Kurz und gut, ein ungemein anziehendes Buch, das nicht nur den Psychiater, den ärztlichen Sachverständigen überhaupt fesseln wird, sondern das auch im Interesse der Sache in den Kreisen der Juristen weiteste Verbreitung verdient; verläßt es doch nie den Boden des Tatsächlichen in der Deutung der Vorgänge und stellt es doch auch keine überspannten Forderungen.

Ernst Schultze.

Hensgen, Med. Rat. Dr., Kreisarzt in Siegen. Leitfaden für Desinfektoren. Anleitung zur Vernichtung und Beseitigung der Ansteckungsstoffe. Im amtlichen Auftrage herausgegeben. Zweite veränderte Auflage. Berlin 1905 bei Richard Schoetz. 77 S. Preis 1,50 M.

Den neueren Methoden einschließlich der Formalinanwendung ist Rechnung getragen; namentlich sind die Grenzen der letzteren richtig hervorgehoben. Dem Unterricht kann es nur förderlich sein, daß die elementaren Anforderungen an den Schüler durch größeren Druck bezeichnet sind. Ein paar Einzelheiten werden späterer Berücksichtigung empfohlen. So in § 21 Angabe der Menge der für Abortdesinfektionen erforderlichen Kalkmilch. Das Unterrichtsbuch für Sanitätsmannschaften von 1902 (bei E. S. Mittler & Sohn in Berlin käuflich) schreibt 1 l für jedes Sitzloch täglich vor; etwas mehr wird nicht schaden. Die Desinfektion von Badewannen und -wässern mit Kalkpräparaten ist da nicht zu empfehlen, wo das Wasser durch Röhrenleitungen abläuft. Diese werden durch Kalkniederschläge verstopft, auch angegriffen. Da ist heiße Natronlauge besser. Sie eignet sich auch für die Desinfektion der Sitzbretter und anderer Holzgeräte, bei denen Anstrich oder Politur keine besondere Rücksicht verlangt. In der Gesundheitsaufsicht bei herschenden Halskrankheiten (auch Scharlach) sind die Eltern auf sorgfältige Zahnpflege und prophylaktische Gurgelungen mit warmer Natron- oder Kochsalzlösung nach Heimkehr der Kinder aus der Schule usw. aufmerksam zu machen. Die Funktionen der Gesundheitsaufseher werden wohl noch weiterer Regelung bedürfen. Für ein Nebenamt ist die Tätigkeit zu umfangreich; für ein selbständiges in ruhigen Zeiten nicht genügend. Jedenfalls fordert die Ausbildung nach den Angaben des Verf. kluge und energische Schüler, denen das Verständnis für ihre wichtigen Funktionen klar wird.

Auf den S. 12 beschriebenen und S. 40 abgebildeten Desinfektionsschrank von Heinze wird für kleinere Verhältnisse aufmerksam gemacht. Ktg.

Joh. Orth, Geh. Med.-Rat Prof. Dr., Berlin. Aufgaben, Zweck und Ziele der Gesundheitspflege. Bibliothek der Gesundheitspflege, Band 1. Stuttgart bei Moritz 1904. 55 S. Preis 0,80 M.

Die Bibliothek der Gesundheitspflege ist der Verwirklichung des Wortes gewidmet, welches vom Staatssekretär des Innern bei den Verhandlungen über die Novelle zum Krankenversicherungsgesetz ausgesprochen wurde: „Die Zukunft wird dem Volke gehören, welches sich körperlich am widerstandsfähigsten und damit am wehrfähigsten erhält. Wer dafür kämpft, den Massen Leben und Gesundheit zu erhalten, der kämpft für die Stärke und Zukunft des Vaterlandes". In diesem Bestreben ist die vorliegende Abhandlung geschrieben. Sie erörtert in ihrem wesentlichsten Teile die Grundbedingungen für das Verständnis einer rationellen Gesundheitspflege und bemüht sich, das Wirken der zu ihrer Aufrechthaltung bestimmten wissenschaftlichen Organe dem Publikum näher zu bringen. In großen Zügen wird die Rolle erörtert, welche den Krankheiten und Krankheitsursachen im Leben des Einzelnen wie der Nation zufällt; an der Hand der Statistik werden die Resultate mitgeteilt, zu denen eine zielbewußte Gesundheitspflege geführt hat. In Einzelheiten und Ratschläge geht Verf. nicht ein. Der rote Faden, der sich durch das Ganze zieht, ist die Aufforderung, den wissenschaftlichen Organen, den Ärzten Vertrauen entgegenzubringen, nicht Geheimmittelkram und Kurpfuscherei zn bevorzugen. Das Buch ist vortrefflich. Ich habe nur das eine Bedenken, daß sein volles Verständnis einen Bildungsgrad voraussetzt, der in denjenigen Kreisen am wenigsten zu finden ist, an die es sich zumeist wendet. Ktg.

Rubner, Geh. Med.-Rat Prof. Dr., Berlin. Unsere Nahrungsmittel und die Ernährungskunde. Bibliothek der Gesundheitspflege, Band 20. Stuttgart bei Moritz 1904. 116 S. Pr. 1,20 M.

In frischer, gemeinverständlicher Form gibt Verf. eine Darstellung der Ernährungslehre und der zur Ernährung erforderlichen wie gebräuchlichen Stoffe. Die eigentliche Ernährungswissenschaft ist mit Rücksicht auf den Zweck des Buches nur kurz behandelt. Der wesentliche Teil des Buches gehört den praktisch wichtigen Kapiteln von der Einteilung, Zusammensetzung, Auswahl und Zubereitung der Nahrungsmittel. Dabei sind goldene Regeln eingestreut, die nicht nur das Notwendige, sondern auch das Angenehme berücksichtigen und dessen Nützlichkeit für den Zweck der Gesunderhaltung hervorheben. Der richtige Wechsel, die Herbeiführung und Erhaltung des erforderlichen Appetites, die bekömmlichste Art des Genusses werden in ihrer Bedeutung für die Gesundheit vor Augen geführt. Manches Vorurteil wird zerstört, manch beherzigenswerter Wink

an unsere Hausfrauen gerichtet. Was Verf. auf S. 94 u. 101 über den pflichtmäßigen Anteil der Hausfrau an der Ernährung der Familie sagt, ist auch ein Beitrag zur Frauenfrage und ein bei weitem wichtigerer, als die Unterstützung von weiblichen Konkurrenzbestrebungen in männlichen Berufen oder die Erörterung sexueller Probleme u. dergl.

Das kleine Werk sei den Herren Kollegen zur Verbreitung in ihrer Klientel dringend empfohlen. Ktg.

Tagesgeschichte.

Schußverletzungen im Frieden.

In der „Deutschen Revue" bringt der Tübinger Chirurg v. Bruns, dessen an gleicher Stelle erschienenen Aufsatz über landwirtschaftliche Unfälle wir im vorigen Jahre besprachen, interessante Mitteilungen über das Vorkommen von Schußverletzungen in Friedenszeiten, indem er an die in seiner Klinik gesammelten Erfahrungen anknüpft. Im Heere kommen laut amtlicher Statistik jährlich im Durchschnitt 257 Schußverletzungen durch Unglücksfall und 100 in selbstmörderischer Absicht vor. In der Tübinger Klinik sind im letzten Jahrzehnt 400 Schußverletzungen behandelt worden. die Jahresziffer aber ist innerhalb dieses Jahrzehnts auf das Zehnfache gestiegen.

Von den durch Unglück — Unvorsichtigkeit oder nicht vorher zu sehenden Zufall — geschehenden militärischen Schußverletzungen ist nur der weitaus geringste Teil durch scharfe, ein sehr großer durch Platzpatronen bewirkt worden, welche trotz ihrer Zusammensetzung aus Holz und Pappe eine ganz beträchtliche Durchschlagskraft haben. Diese Wunden sind zwar meist leichter Art, heilen aber doch langsam und bewirken auffallend häufig Wundstarrkrampf. Eine daraufhin angestellte amtliche Untersuchung hat ergeben, daß fast jeder Pappepfropfen Tetanusbazillen enthält. Künftig sollen diese durch Dampfdesinfektion der Pappe vernichtet werden.

Im ganzen ist im Verhältnis zu den 85 Millionen scharfer und 77 Millionen Platzpatronen, welche jährlich aus Infanteriegewehren allein im Dienste abgefeuert werden, die Zahl der Unglücksfälle äußerst gering, und man erkennt daraus die gute Disziplin und Ausbildung der Mannschaften.

Um so ernster und bedauerlicher ist die Tatsache, daß im bürgerlichen Leben die weitaus größte Zahl von Schußverletzungen in den Kreisen und Altersklassen vorkommt, die mit Schußwaffen überhaupt nichts zu tun haben sollten, bei Kindern und jungen Menschen, die mit Schußwaffen aus Spielerei oder Übermut hantieren. Der fünfte Teil aller Schußverletzten der Tübinger Klinik befand sich im Alter von 5 bis 14 Jahren und nahezu die Hälfte im Alter von 15 bis 20 Jahren. Einer der Hauptanlässe zu den Verwundungen ist das auf dem Lande übliche Schießen bei Hochzeiten und Tauffesten und in der Neujahrsnacht. Da bringen Kinder Patronen durch Aufschlagen mit dem Hammer zur Explosion, ja es ist zweimal vorgekommen, daß Jungen von mehr als 10 Jahren die in der Hand gehaltene Patrone mit einem Zündholz anzündeten, da wird eine Schlüsselbüchse mit Knallplättchen vollgepropft und springt bei der Entladung. Besonders häufig wird das Terzerol zum Knallen benutzt, das dann mit Vorliebe entweder in der Hand zerplatzt, oder bei seiner unerwarteten Entladung die vor die Mündung gehaltene linke Hand zerfetzt.

Die Waffe der Selbstmörder ist der in seiner Wirkung viel weniger Zufälligkeiten ausgesetzte Revolver. Daher finden sich Revolverschüsse mehr bei der Stadtbevölkerung, wo sich das Verhältnis zwischen Selbstmord und Unfall ganz anders gestaltet als auf dem Lande. Im Krankenhause am Urban zu Berlin, wo nur 150 Schußverletzte in den letzten 10 Jahren behandelt wurden, betrug die Zahl der Kinder unter 10 Jahren nur 10, die der Selbstmörder aber 90.

Beim Selbstmord wird naturgemäß meist Kopf oder Brust verletzt, daher ist hier bei vier Fünftel der städtischen Verletzten der Sitz der Wunde, auf dem Lande sind es in zwei Drittel aller Fälle die Gliedmaßen. Meist sind diese Unfälle weniger gefährlich, aber bei den Brunsschen Verletzten wurden doch insgesamt 150 Finger verstümmelt oder vernichtet und zehn Mal je ein ganzes Glied amputiert. Dazu kommen noch von der Tübinger Augenklinik während der letzten acht Jahre 22 Schußverletzte, die auf einem Auge, 8, die auf beiden erblindeten und 15, die sonstige Sehstörungen davontrugen.

In sozialer Beziehung bildet diese Zusammenstellung eine Art Gegenstück zu der früheren Veröffentlichung des berühmten Chirurgen, dem wir für seine Anregungen nach einer gerade den Chirurgen sonst ziemlich fernliegenden Richtung besonderen Dank wissen: damals wies er auf die Gefahren eines bestimmten Berufes und deren Vermeidbarkeit hin — jetzt auf die ernsten Folgen einer weitverbreiteten außerberuflichen Leichtfertigkeit, die zu verhüten die Eltern und die Lehrer berufen wären.

F. L.

Code du Travail.

Diesen bedeutsamen Titel soll ein Gesetzbuch führen, dessen Entwurf der französischen Kammer überreicht worden ist. Es soll alle Bestimmungen zusammenfassen, die für den Arbeiter von Bedeutung sind, z. B. das Koalitions- und Gewerkschaftsgesetz, das Gesetz über die Frauen- und Kinderarbeit und in einem besonderen Abschnitt die Gesetze über das Versicherungswesen.

Das Berufsgeheimnis der Ärzte und deren Recht der Zeugnisverweigerung.

Zu diesem Thema veröffentlicht Oberlandesgerichtsrat Simonson-Breslau in der Deutschen Juristenzeitung 1904 Nr. 21 bemerkenswerte Erörterungen.

In den Kreisen der Ärzte herrscht vielfach die Meinung, daß sie, zum Zeugnis vor Gericht gefordert, sich aus § 300 R.Str.G.B. nicht strafbar machen, wenn sie von dem ihnen in der St.P.O. und C.P.O. gewährten Rechte der Zeugnisverweigerung keinen Gebrauch machen und Zeugnis ablegen. Simonson gibt zu, daß sie sich damit in Übereinstimmung mit der in der Rechtswissenschaft herrschenden Meinung befinden, er hält aber die Berechtigung für sehr zweifelhaft. Olshausen führt u. a. aus, daraus, daß die Prozeßgesetze die Ärzte nur für berechtigt erklären, ihr Zeugnis zu verweigern, ergebe sich, daß die Offenbarung des Geheimnisses bei der Zeugnisablegung nicht widerrechtlich sei. Nach Simonson kann nun zwar der Gesetzgeber in einer Prozeßordnung für einen dort vorgesehenen Fall ein im St.G.B. mit Strafe bedrohtes Verhalten für straflos erklären. Aber dies muß dann im Wortlaut der Prozeßgesetze zum Ausdruck kommen oder auch aus seinem Inhalt mit Notwendigkeit ergeben. Ersteres ist nicht geschehen und aus dem sachlichen Inhalt erhellt keineswegs, daß man das Anwendungsgebiet des § 300 habe einschränken wollen; aus der Entstehungsgeschichte der Prozeßgesetze ergebe sich das Gegenteil. Auch würde der letzte Absatz des § 383 C.P.O. unverständlich sein, der es dem Richter zur Pflicht macht, die Vernehmung, auch wenn das Zeugnis nicht verweigert wird, auf Tatsachen nicht zu richten, in Ansehung welcher erhellt, daß ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugnis nicht abgelegt werden kann; denn wenn die Aussage straflos mache, so gebe es solche Tatsachen nicht. Wenn jede ärztliche Aussage bei Gericht über im Berufe anvertraute Privatgeheimnisse straflos machte, so wäre es einfach in die Hand der Parteien gegeben, den § 300 St.G.B. für ein wesentliches Anwendungsgebiet außer Kraft zu setzen. Auch die Straf-

prozeßordnung hat nicht daran gedacht, dem aussagenden Arzte gemeinhin Straflosigkeit zuzusichern, sondern man hat ihn lediglich zum Schutze des Gemeinwohls aus der Zwangslage befreien wollen, wegen Eidesverweigerung bestraft zu werden, wenn er in Beobachtung des § 300 St.G.B. seine Aussage verweigert. Die Ärzte haben also darauf Bedacht zu nehmen, daß ihre Entschließung, ob sie als Zeugen aussagen wollen, sorgsam zu prüfen, ob § 300 St.G.O. dem nicht entgegen steht.

W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Diskretionspflicht und Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes.

Im Anschluß an den vorstehend besprochenen Simonsohnschen Aufsatz, den er als völlig beweiskräftig erachtet, erörtert jetzt in bemerkenswerten Ausführungen Regierungsrat Wex-Danzig an gleicher Stelle die Frage: ist der Arzt wenigstens dann vor Bestrafung wegen Verletzung des Berufsgeheimnisses sicher, wenn das Gericht seine Weigerung auszusagen als unbegründet erklärt? Wex führt aus:

> Die Frage ist m. E. zu bejahen. An sich ist es zwar wohl denkbar, daß das erste Gericht den Fall des Berufsgeheimnisses nicht für gegeben erachtet und deswegen auf der Ablegung des Zeugnisses besteht, während das zweite Gericht in der Aussage des Zeugen eine Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses erblickt. Auch ist die Auffassung des ersten Gerichtes in diesem Punkt für das zweite an und für sich nicht bindend. Dennoch erscheint es unzulässig, daß jemand innerhalb derselben Rechtsordnung von derselben Obrigkeit durch das eine Organ mit Strafen zu einer bestimmten Handlung genötigt und durch das andere Organ wegen eben dieser Handlung bestraft werde. Ein derartiger Widerspruch wäre unerträglich. Er wäre dadurch zu vermeiden, daß das obrigkeitlich erzwungene Offenbaren von Privatgeheimnissen nicht mehr für „unbefugt“ erachtet wird, womit dann eine wesentliche Voraussetzung der Strafbarkeit aus § 300 StrGB. entfiele.
>
> Zweifelhaft kann höchstens sein, wie weit der Arzt sich zwingen lassen muß, oder wie weit er seine Weigerung durchführen muß, um auf alle Fälle gedeckt zu sein. Zwar, daß er es nicht nötig hat, erst durch Strafen seinen Widerstand brechen zu lassen, ist selbstverständlich. Muß er aber von den Rechtsmitteln gegen die seinen Weigerungsgrund verwerfende gerichtliche Entscheidung Gebrauch machen? Die Frage dürfte regelmäßig zu verneinen sein, da es dem Arzte nicht zuzumuten ist, daß er seinen Widerspruch bis zur höchsten Instanz durchtreibe. Im allgemeinen wird er seiner Diskretionspflicht genug getan haben, wenn er seine Bedenken gegen die Statthaftigkeit seiner Aussage dem Gericht vorgetragen, bei dessen Entscheidung aber sich beruhigt hat.

Nach diesen Auseinandersetzungen sind wir also wenigstens, wenn wir die Berufspflicht empfinden, vor Gericht unser Zeugnis zu verweigern, vor Bestrafung sicher — das ist bei dem geringen Spielraum, den manche Gerichte unserm pflichtgemäßen Ermessen in ärztlich rechtlichen Dingen einräumen, immer schon Etwas!

F. L.

Schadenersatz wegen Ansteckung mit Lungentuberkulose.

Schadenersatzklagen wegen innerer Erkrankungen, die sich der Arbeitnehmer in den Arbeitsräumen zugezogen hat, sind im Gegensatz zu den Ersatzansprüchen bei äußeren Verletzungen recht selten. Dafür, daß die Hinterbliebenen einen Schadenersatzanspruch geltend machen, weil der Verstorbene sich in Ausübung seines Dienstes mit Tuberkelbazillen infiziert habe, gibt es in der Literatur bisher kein Beispiel. Interessant ist daher ein von Professor Wolf-Dresden in der Vierteljahresschrift für gerichtliche Medizin mitgeteiltes Sachverständigengutachten auf Grund dessen die Klage einer Postassistentenwitwe gegen den Reichspostfiskus abgewiesen wurde.

Die Klägerin machte geltend, ihr Mann habe mehrere Jahre lang mit zwei anderen Postsekretären in demselben Raume gearbeitet und mit ihnen denselben telephonischen Apparat bedient. Diese wären bereits während ihrer Dienstzeit an Lungenschwindsucht erkrankt und daran gestorben. Ihr Mann habe sich die Lungenschwindsucht, an welcher er verstorben sei, durch Ansteckung von diesen beiden Postsekretären zugezogen. Der Postfiskus habe seiner Zeit davon Kenntnis gehabt, daß diese beiden Beamten noch während ihrer Dienstzeit an Lungenschwindsucht erkrankt waren, und hätte rechtzeitig dafür Sorge tragen müssen, daß jene beiden an ansteckender Krankheit leidenden Beamten nicht durch weitere dienstliche Beschäftigung die Ursache zur Erkrankung bisher gesunder Beamten wurden. Die Klägerin erblickte hierin eine grobe Fahrlässigkeit und machte den Postfiskus für den Tod ihres Gatten schadenersatzpflichtig, sowohl aus dem Gesichtspunkte der Verletzung der Pflichten, die dem Dienstberechtigten gegenüber dem Dienstleistenden aus dem Dienstvertrage obliegen, als auch aus dem Gesichtspunkte der widerrechtlichen Schadenzufügung.

Demgegenüber wurde in dem Gutachten nachgewiesen, daß der Postfiskus alle Maßnahmen getroffen habe, die in seinen Kräften standen, um die Übertragung von Krankheiten in den Diensträumen zu verhindern. Diese Maßnahmen bestanden in der Aufstellung von Spucknäpfen mit Wasserfüllung und in der Anordnung, daß erstens die Fußboden täglich früh naß aufgewischt und daß zweitens die Fernsprechapparate ebenfalls täglich früh mit einer keimtötenden Lösung ausgewischt wurden. Weiter war an jedem Fernsprechapparat ein Gefäß mit einer desinfizierenden Lösung aufgestellt, so daß es jeder einzelnen Person freistand, vor der Benutzung den Apparat zu reinigen.

Eine Entlassung der beiden erkrankten Beamten konnte nicht stattfinden, da es kein Medizinalgesetz gibt, auf Grund dessen es möglich wäre, einen Schwindsüchtigen seiner Krankheit halber des Dienstes zu entheben. Nicht einmal der schwindsüchtige Lehrer, der die Kinder in ihrem zartesten Alter gefährdet, darf, wie berechtigt gerade auch diese Forderung sein mag, seines Amtes entsetzt werden.

Das Gutachten schließt mit folgenden Sätzen:

1. Die Möglichkeit, daß der Mann der Klägerin durch die beiden genannten Beamten mit Tuberkulose angesteckt worden ist, ist unbedingt nicht zu verneinen.

2. Der beklagte Postfiskus hat alles getan, was in seinen Kräften stand, um eine Weiterverbreitung von ansteckenden Krankheiten aller Art unter seinen Beamten zu verhüten. Wenn sie dennoch erfolgt ist, so ist nicht er dafür verantwortlich zu machen, vielmehr tragen die Schuld unsere heutigen, noch unzulänglichen Schutzmittel.

Die Klageansprüche wurden auf Grund dieses Gutachtens abgewiesen.

J. Meyer-Lübeck.

Mitteilung.

Vom 12. April ab wohnt der geschäftsführende Redakteur Berlin NW., Wullenweberstraße 4/5.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wikinger-Ufer No. 1. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 8. Ausgegeben am 15. April.

Inhalt:

Bahnarztverhältnisse und Eisenbahnhygiene in Nordamerika.

Vortrag, gehalten im Berliner Bahnärzte-Verein von Sanitätsrat Dr. **Schwechten** am 7. April 1905.

Meine Herren! Das Material zu meinem heutigen Vortrage verdanke ich der großen Liebenswürdigkeit der Herren Geheimen Ober-Reg.-Rat Hoff und Geh. Reg.-Rat Schwabach, welche auf einer mehrmonatlichen Studienreise das Eisenbahnwesen Nordamerikas kennen gelernt haben; es ist mir eine Ehrenpflicht, beiden Herren auch an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank dafür auszusprechen; als gedrucktes Material lagen mir vor die Regulations of Hospital department and roster of surgeons der Southern Pacific Comp. and List of Officers, agents and stations der Union Pacif. Railroad Comp.; beide aus dem Jahre 1904. Beide Gesellschaften unterstehen einem gemeinschaftlichen Präsidenten. Die Bahnen haben ein Department of health, southern dpt. 6, Union 4 divisions. (Direktionen.)

Das gesamte Sanitätswesen, sowie alle in das Fach der Eisenbahnhygiene gehörigen Angelegenheiten unterstehen bei dieser Verwaltung und bei vielen anderen nordamerikanischen Eisenbahnbetrieben einem manager and chief surgeon, also nach unserer Ausdrucksweise: einem Chefarzt in der Stellung eines Direktors; er hat in allen einschlägigen Fragen völlig selbständige Entscheidung, gegen die es nur noch Berufung an den general manager (den Generaldirektor des Gesamtunternehmens) gibt, dessen Entscheidung endgültige Kraft besitzt. Alle schriftlichen Eingänge kommen direkt an den Chefarzt; seine Stellung dürfte in Europa annähernd diejenige der Chefärzte der ungarischen Staatsbahnen und vielleicht auch der serbischen Bahnen sein, während diejenige der preußischen, bayrischen und französischen Bahnen nicht so weittragende Macht-

befugnisse umfaßt. Der Chefarzt ist festangestellter Beamter mit Gehalt und darf und kann auch nebenamtlich keine Praxis ausüben.

Diesem Chefarzt unterstehen drei weitere Arten von Ärzten:

1. Die Divisionsärzte (division surgeons); sie haben die allgemeine Oberaufsicht über die Aufgaben ihres Departments in den ihnen unterstehenden Divisionen und gleichzeitig die ärztliche Tätigkeit in dem ihrer unmittelbaren Aufsicht unterstehenden Distrikte. Sie dürften annähernd unseren Vertrauensärzten der Direktionsbezirke entsprechen, da division — annähernd unserem Direktionsbezirk, district — unserm Bahnarztbezirke entspricht; auch sie sind fest angestellte, vollbesoldete Beamte, welchen keine Möglichkeit zu weiterer ärztlicher Tätigkeit bleibt.

2. Das gleiche gilt von den Distriktsärzten, welche den ärztlichen Dienst in den ihnen zugeteilten Bahnbezirken ebenfalls ohne Nebenbeschäftigung versehen. Sie entsprechen, abgesehen von dieser ausschließlichen Stellung bezüglich der ihnen zugewiesenen Tätigkeit, völlig unseren Bahnärzten, sie leisten medizinische und chirurgische Hilfe, sowohl in ihrer Wohnung, als auch in der Wohnung der Patienten innerhalb ihrer Bezirke.

3. Eine dritte Kategorie von Ärzten bilden die emergency surgeons, Hilfsärzte, in Notfällen; sie können zu vorübergehenden Dienstleistungen gerufen werden, wenn Gefahr im Verzuge und der zuständige Distriktsarzt aus irgend welchem Grunde nicht sofort zu haben ist; hierzu gehören auch Augen- und Ohrenärzte; ist weitere Behandlung notwendig, so ist unverzüglich der Distriktsarzt zu benachrichtigen. Wenn dieser den Fall nicht sofort übernehmen kann, ist telegraphisch von demjenigen Oberbeamten, welchem die Fürsorge für die ärztliche Hilfe untersteht, weitere Instruktion einzuholen. Rechnungen über ärztliche oder wundärztliche Hilfe werden nur für einmalige Hilfeleistung seitens der Hilfsärzte bezahlt und nur nach dem mit diesen vereinbarten, festgesetzten Tarif. So werden beispielsweise gezahlt für eine Konsultation in der Sprechstunde 2 Doll., für einen Besuch 2,50 Doll., für einen Nachtbesuch 3,50 Doll., für eine Konsultation mit einem andern Arzte 5 Doll. Nur zu letzterer Leistung können Meilengelder hinzugerechnet werden und zwar für einen Weg mit der Bahn 35 cts., für einen Weg, der nicht auf der Bahn zurückgelegt wird, 75 cts. Eine besondere Taxe besteht für chirurgische Leistungen, die ich hier nicht alle einzeln aufführen will; erwähnen will ich nur, daß am höchsten bewertet wird die Amputation des Oberschenkels im Hüftgelenk mit 125 Doll. und daß eine höhere Liquidation als diese überhaupt nicht honoriert werden darf. Ausdrücklich ist ferner durch Verwaltungsanordnung bestimmt, daß Hilfsärzte Operationen nur im dringenden Notfalle ohne Zuziehung des Distrikts- oder Divisionsarztes ausführen, auch keine Überführung von Kranken und Verletzten in Krankenhäuser ohne Erlaubnis des Distriktsarztes vornehmen dürfen. Daß diese Vorschriften den Hilfsärzten bekannt und vollkommen geläufig sind, ist Sache des Oberbeamten, zu dessen Ressort die Versorgung mit ärztlicher Hilfe gehört. Eine Anweisung zur ärztlichen Behandlung nach einem bestimmten Muster, also ein Krankenschein würden wir sagen, muß dem Arzt bei der Forderung der ersten Behandlung vorgelegt und jeden Monat erneuert werden, es sei denn, daß der Patient im Krankenhause liegt. Ein solcher neuer Schein ist auch bei einer Neuerkrankung innerhalb eines Monats auszustellen. Im Falle weiterer Erkrankung oder in dringenden Fällen können statt dessen telegraphische Anweisungen ausgestellt werden. Ist das vorgeschriebene Formular bei der ersten Aufforderung zur ärztlichen Hilfeleistung nicht dem Arzte übersandt worden, so muß dies sobald als möglich nachgeholt werden. Berechtigt zur Ausstellung dieser Formulare für die Hilfsärzte sind nur die Departementschefs, „die superintendents", „welche ungefähr unseren Betriebs-Inspektoren entsprechen, der zuständige erste Ingenieur, Maschinenmeister, Zugführer, Bremsmeister und Bahnmeister; nur in dringenden Fällen kann hiervon eine Ausnahme gemacht werden, und ein höherer Beamter anderer Art darf den Hilfsarzt herbeirufen, muß aber sofort den zuständigen höheren Beamten benachrichtigen und sich eines bestimmten anderen Formulars für den Arzt bedienen. Dagegen können für die Divisions- und Distriktsärzte Anweisungen zur Dienstleistung von jedem Beamten für seine Untergebenen ausgestellt werden, sie dürfen aber nur auf den zuständigen Distriktsarzt lauten. Im Behinderungsfalle des zuständigen Distriktsarztes muß jeder andere am Orte wohnende Distriktsarzt die erste Behandlung übernehmen, bis der zuständige Distriktsarzt wieder zu haben ist.

Überweisungen in Hospitäler dürfen nur Divisions- und Distriktsärzte ausführen.

Konsultationen anderer angestellter Ärzte mit dem behandelnden Arzte sind in unklaren oder langwierigen Fällen gestattet. In den Verordnungen heißt es darüber, der Kranke darf diese Konsultation von seinem zuständigen Distriktsarzt erbitten, „who will willingly arrange for such consultation as often, as may be required" (und dieser wird sie gern, so oft als gewünscht wird, veranstalten).

Bei Wohnungswechsel der Patienten ist der Distriktsarzt berechtigt, die Überweisung allein vorzunehmen; ein neuer Krankenschein eines höheren Beamten ist dazu nicht erforderlich.

Bei größeren Unglücksfällen und zahlreichen Verletzungen müssen die Distrikts- und Divisionsärzte ebenso wie die Verwaltung sofort telegraphisch benachrichtigt werden mit möglichst genauer Angabe der Zahl der Verletzten und der Art der Verletzungen. Es entspricht dies genau unserer Alarmvorschrift. Die Distrikts- und Divisionsärzte sind verpflichtet, sofort auf die Unfallstelle zu eilen. Stellt sich dann noch etwa Mangel heraus an Ärzten, so sollen die Hilfsärzte und jeder erreichbare Arzt hinzugezogen werden. Von den Divisionsärzten wird erwartet, daß sie sofort nach ihrer Ankunft die Behandlung übernehmen und Hilfe leisten bei allen der Gesellschaft zur Last fallenden Kranken und Verletzten; auch ist es Aufgabe der Divisionsärzte allen anderen bereits anwesenden Ärzten mitzuteilen, daß die Gesellschaft für weitere Dienste nicht aufkommt, es sei denn, daß diese von den Divisionsärzten verlangt werden.

Für den Transport der Kranken und Verletzten bestehen folgende Einrichtungen und Vorschriften: Tragbahren mit voller Ausrüstung sind an großen Stationen vorhanden, Notverbände und alle Arten Hilfsvorrichtungen an geeigneten Orten. Bei Beförderung ins Krankenhaus ist tunlichste Eile erforderlich. Die Distriktsärzte haben für die Begleitung zu sorgen oder sie selbst zu übernehmen. Sind Krankenträger nötig, so sind sie telegraphisch vom Krankenhause zu verlangen unter Angabe aller notwendigen Einzelheiten. Ich will hier gleich bemerken, daß die erwähnten Gesellschaften zum Teil eigene Hospitäler besitzen, zum Teil mit Hospitälern Kontrakte abgeschlossen haben, welche es ihnen ermöglichen, jederzeit die Aufnahme der Bediensteten und Verletzten ins Krankenhaus zu erlangen. Die Verwaltung kann alle ihre Kranken und Angestellten, welche besondere ärztliche Behandlung oder besondere Ernährung erfordern, oder zu Hause keine genügende Pflege erhalten können, in diese Krankenhäuser überweisen; Kost und Pflege außerhalb des Krankenhauses wird nicht gewährt. Die Gesellschaft besitzt ein eigenes General-Hospital in San Franzisko und sechs division hospitals und acht zum Teil im Bau befindliche emergency hospitals. Wenn möglich sind die der Hospitalpflege Bedürftigen in das General-Hospital zu überweisen, wenn das nicht angeht, zunächst in die Divisions-

Hospitäler, von wo sie später, sobald es angängig ist, in das General-Hospital verlegt werden können. Die Entlassung aus dem Krankenhause erfolgt auf die Entscheidung des Krankenhausarztes; wollen Patienten gegen die Anordnung des Hospitalarztes noch länger im Krankenhause verbleiben, so ist darüber unter Angabe aller Einzelheiten an das Departement, also an die Zentralabteilung zu berichten.

Divisions- und Distriktsärzte haben Vordrucke zur Berichterstattung; wenn Hilfsärzte Dienst tun, erhalten sie vom diensthabenden Beamten ein besonderes Formular, welches sie genau ausgefüllt zugleich mit ihrer Rechnung an die oberste Dienststelle zu senden haben.

Für die neu anzustellenden Beamten gelten folgende Aufnahmebedingungen:

Alle Bewerber um eine Dienststelle im Zug- und Stationsdienst sind einer körperlichen Untersuchung zu unterziehen, und alle, welche nicht völlig tauglich sind, müssen, wie bei uns, abgelehnt werden, doch vermisse ich bestimmte Vorschriften über die Tauglichkeit. Bestehen Zweifel an der Tauglichkeit, so sind die Betreffenden zum nächsten Vertrauens- oder Bahnarzt zu senden. Unausgebildete Eisenbahner dürfen bei der Einstellung nicht über 35, ausgebildete nicht über 45 Jahr alt sein, doch können die Präsidial-Assistenten Leute bis zur Dauer von sechs Monaten ohne Rücksicht auf ihr Alter einstellen; diese Anstellung kann noch ausgedehnt werden bis zur Beendigung der ihnen übertragenen Arbeit, für welche sie besonders angestellt werden, und ferner können Leute mit besonderen professionellen Kenntnissen ohne Altersgrenze angestellt werden. Die Divisions- und Distriktsärzte haben alle Gesundheitsverhältnisse auf ihrer Strecke zu beachten und über alles zu berichten, was die Gesundheit der Beamten und Reisenden gefährden kann.

Jeder höhere und niedere Beamte, mit Ausnahme der Chinesen, hat für einen monatlichen Beitrag von 50 cts. oder bei einer geringeren Dienstdauer als sieben Tage für 25 cts. das Recht auf

1. Freie Behandlung im Krankenhause.
2. Eine ärztliche und chirurgische Behandlung bei den zuständigen, angestellten Ärzten.
3. Freie Medizin und Verbände.
4. Anspruch auf künstliche Glieder und Unterweisung in ihrem Gebrauch.
5. Vorschüsse auf Kosten in den Eisenbahn- und kontraktlich diesen gleichgestellten Hospitälern für von ihnen abhängige Familienmitglieder.

Medizin und Verbände werden in den zuständigen Hospitälern und an den Dienststellen der Divisions- und Distriktsärzte vorrätig gehalten und geliefert. Auch sind Rechnungen für Drogen und Medizin seitens der Hilfsärzte in billigen Grenzen zulässig. Auf Erfordern werden Verbände an die Distriktsärzte vom Departement geliefert, weitere Verbände können von den angestellten Drogisten übernommen werden. Die Apotheker dürfen nur auf geschriebene Rezepte hin Arzeneien verabfolgen und müssen alle Rechnungen in duplo einsenden.

Künstliche Glieder und künstliche Augen werden allen Beamten während der Dauer ihrer Zugehörigkeit zum Verbande auf Verordnung des zuständigen Arztes geliefert, doch findet keine Erneuerung dieser Gegenstände statt. Krücken, Bruchbänder, Suspensorien, Inhalationsapparate, elastische Bandagen werden, soweit nötig, an die Ärzte ausgeliefert.

Für zeitweilig an Patienten ausgeliehene derartige Gegenstände müssen diese auf bestimmten Vordrucken Quittung leisten. Brillen werden nicht geliefert.

Familienangehörige finden Aufnahme in den zuständigen Krankenhäusern, soweit nach Aufnahme der berechtigten Beamten noch Platz vorhanden ist.

Alle Beamten haben Anspruch auf diese Leistungen, doch sind davon ausgeschlossen:

1. Geschlechtskranke, Trunksüchtige, Leute mit lasterhaften Gewohnheiten, Verletzungen, welche in Raufereien oder bei ungesetzlichen Handlungen entstanden sind oder chronisch Kranke, welche die Krankheit vor dem Eintritt in den Bahndienst erworben haben.

Für unsere Regriffe wunderbar sind folgende Vorsrhriften: 2. Ausgeschlossen sind nämlich auch Kranke, welche an Pocken, Gelbfieber, Bubonenpest oder anderen ansteckenden Krankheiten leiden, welche der Quarantäne unterliegen; von der Hospitalbehandlung sind auch ausgeschlossen: Diphtherie, Masern, Scharlach, Mumps, doch wird in diesen letzteren Fällen häusliche Behandlung und Medizin gewährt, dasselbe gilt für die Tuberkulösen. Geisteskranke haben keinerlei Anspruch an die Verwaltung; freie Impfung wird gewährt.

Sie sehen, meine Herren, daß das freie Amerika in bezug auf Geschlechts- und Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose, sowie auf Geisteskranke weit weniger gewährt, als unsere Preußische Eisenbahnverwaltung, auch wird die Behandlung im Hospital auch in Amerika nur bis zur Dauer eines Jahres, im Hause nicht über 2 Jahre gewährt.

Mißbrauch oder hartnäckige Verletzung der Bestimmungen bedingt Ausschluß von den Leistungen. Eintritt der Krankheit nach Aufhören der Zahlung der Beiträge oder nach Verlassen des Dienstes schließt die Leistungen seitens der Gesellschaft aus, doch kann rechtzeitige Berufung an den Chefarzt, d. h. am Tage der Beendigung der Tätigkeit, die Weitergewährung der Leistungen bis zum Ende der Krankheit ermöglichen. Beamte verlieren das Anrecht auf Leistungen der Gesellschaft, wenn sie entlassen oder geheilt sind, oder wenn der Ausschluß aus den oben angegebenen Gründen erfolgte.

Verletzte Reisende, welche die Verletzung auf den Linien der Gesellschaft erhielten, bekommen freie, ärztliche Behandlung durch die Gesellschaftsärzte bis anderweitig darüber entschieden wird.

Verletzte Wanderer sollen zu ihren Freunden oder in die städtischen oder Gemeindebehörden gebracht werden; bis dahin ist der Departementsarzt zur Behandlung verpflichtet; es ist notwendig hierzu zu bemerken, daß in Amerika Schranken, Sperren u. a. unbekannt sind. Jede ärztliche Behandlung, welche anderen Verletzten als Beamten zu teil wird, wird besonders auf Kosten der Gesellschaft vergütet; doch dürfen solche Patienten nur auf Anordnung des Betriebsdirektors (des Superintendent) oder des Generaldirektors (general officers) auf Kosten der Gesellschaft in ein Krankenhaus geschickt werden.

Die Pensionsverhältnisse bei der Southern Pacific Comp. verlangen, daß alle Ober- und Unterbeamten mit dem 70. Lebensjahre aus dem Dienst zurückzuziehen sind. Lokomotivführer und Heizer, Zugführer und Bahnwärter, Bremser, Gepäckträger, Güterbodenaufseher, Weichensteller, Brückenwärter, Aufseher und Bahnmeister können mit 65 Jahren außer Dienst gestellt werden; diese erhalten nach 20jähriger Dienstzeit Pension. 61—70jährige Beamte mit 20jähriger Dienstzeit können pensioniert werden. Höhere und niedere Beamte, zwischen 61 und 70 Jahren, welche sich selbst dienstunfähig fühlen oder dies nach Ansicht ihres Vorgesetzten sind, können ihre Außerdienststellung beantragen, die Entscheidung darüber untersteht dem board of pensions. Ärztliche Untersuchung ist notwendig bei Leuten, welche unter 70 Jahren Pension beantragen, ein Bericht hierüber, der vom Chefarzt befürwortet sein muß, unterliegt ebenfalls der Entscheidung des board of pensions. Die Pensionierung erfolgt am 1. des Monats, in welchem das gesetzmäßige Alter erreicht wird, oder am 1. eines vom board of pensions bestimmten Monats.

Meine Herren! In ganz kurzen Zügen habe ich versucht, Ihnen ein Bild zu entwerfen von den bahnärztlichen Verhältnissen bei zwei der größten Bahnen Nordamerikas, welche sich ergänzend den Kontinent vom Atlantischen bis zum Stillen Ozean durchqueren, welche nicht ein staatlich geleitetes Institut darstellen, sondern von großen Privatgesellschaften geleitet werden; ich konnte Ihnen außer den ärztlichen Verhältnissen auch einen Teil der dort geübten Eisenbahn-Hygiene vorführen, nämlich die Bedingungen für die Anstellung, die Überwachung und die Pensionierung der Beamten, die Hilfeleistung bei Unfällen und die Gewährung besonderer Leistungen in Erkrankungsfällen der Beamten. Sie können daraus ersehen, daß auch im freien Amerika es für notwendig für die Betriebssicherheit gehalten wird, ein geschlossenes Korps von Ärzten zur Verfügung zu haben, welches allein der Verwaltung verantwortlich ist, welches allein von der Verwaltung Vorschriften erhält. Auch jenseits des Ozeans können und wollen die Verwaltungen die Anstellung, Begutachtung und Pensionierung nicht von der Behandlung trennen. Auch im freien Amerika ist der freien Ärztewahl des freien Amerikaners eine Grenze gezogen durch die Schienenstränge, welche die Ozeane verbinden, ebenso wie dies bei uns und in unseren europäischen Nachbarländern der Fall ist.

Manches mag Sie in den Vorschriften seltsam berühren, doch ziemt es m. E. nicht, da Kritik zu üben, wo die Gründe für die einzelnen Maßnahmen für uns nicht völlig klar ersichtlich sind.

Zwei Fälle von isolierter Lähmung der musculi rhomboidei nach Operationen.

Von
Dr. **Marcus**,
Spezialarzt für Orthopädie in Posen.

Isolierte Lähmung der Rhomboidei scheint recht selten beobachtet zu sein. In der Literatur, soweit sie mir zu Gebote stand, habe ich nur die folgenden Bemerkungen darüber gefunden.

Oppenheim sah in einem Falle von Lähmung des levator anguli scapulae und Parese der rhomboidei eine abnorme Haltung des Schulterblattes, indem der innere obere Winkel tiefer stand und weiter von der Wirbelsäule abgerückt war als der der gesunden Seite.

Jorns beschreibt traumatische Lähmung des nervus dorsalis scapulae.

Infolge des Ausfalles der rhomboidei war das Schulterblatt nach oben und außen verschoben, sodaß namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war; der innere Rand hob sich flügelförmig vom Thorax ab.

Es mag diese Seltenheit der Beobachtung einmal an der Lage des diese Muskel versorgenden Nerven liegen, des n. dorsalis scapulae, insofern, als Verletzungen, die durch äußere Gewalteinwirkungen hervorgerufen werden, wohl immer mehrere und wichtigere Nerven treffen werden. Sodann dürfte die Geringfügigkeit des Funktionsausfalles Schuld an der Nichtbeobachtung sein.

Die m. rhomboidei sind eigentlich nur als Hilfsmuskeln des cucullaris und latissimus zu betrachten und werden bei Lähmung so fast vollkommen von diesen Muskeln ersetzt, daß eine wesentliche Störung in der Funktion nicht eintritt.

Ich hatte in den letzten Monaten Gelegenheit, zwei Fälle von solchen isolierten Lähmungen zu beobachten.

In beiden Fällen wurde mit Sicherheit angegeben, daß die durch die Lähmung hervorgerufene Stellungsveränderung des Schulterblattes nach einer Drüsenoperation am Halse entstanden sei.

Bevor ich die Fälle beschreibe, seien mir einige anatomische Vorbemerkungen gestattet.

Der m. rhomboideus minor, der obere der beiden Muskeln, entspringt an den Dornfortsätzen der zwei untersten Halswirbel und setzt sich an das obere Drittel des medialen Schulterblattrandes an. Der rhomboideus major, der untere der beiden Muskeln, entspringt an den vier obersten Brustwirbeln und setzt sich an das mittlere und untere Drittel des medialen Schulterblattrandes an.

Die Innervation der Muskeln wird besorgt vom n. dorsalis scapulae.

Derselbe kommt aus dem 4. und 5. Aste des plexus cervicalis und brachialis ganz in der Nähe des äußeren Randes des m. sternocleidomastoideus, verläuft zunächst auf dem m. scalenus medius und tritt dann auf den m. levator anguli scapulae über, läuft auf dessen vorderer Fläche abwärts bis zur ventralen Fläche des m. rhomboidei. Er versorgt die untersten Zacken des levator anguli scapulae und die beiden rhomboidei.

Dort wo der Nerv auf dem scalenus medius und levator anguli scapulae verläuft, liegt er ziemlich oberflächlich und ist bei Operationen in dieser Gegend Verletzungen sehr leicht ausgesetzt, umsomehr, als er sehr dünn ist und leicht übersehen werden kann.

Nach diesen Vorbemerkungen will ich die beiden Fälle kurz beschreiben.

I. Im ersten Falle handelt es sich um eine jetzt 17jährige Patientin. Dieselbe gab mir an, es wären ihr vor sechs Jahren einige Drüsen an der rechten Halsseite operativ entfernt worden. Der Heilungsverlauf war ein vollkommen normaler. Nach drei Wochen war die Operationswunde vollkommen vernarbt.

Etwa ein halbes Jahr nach der Operation hat sie zum ersten Male bemerkt, daß ihre rechte Schulter tiefer stand als die linke und daß sie den rechten Arm nicht so vollständig hoch heben konnte wie den linken.

Der sofort konsultierte Arzt verordnete Massage. Dieselbe ist lange Zeit hindurch ausgeführt worden ohne rechten Erfolg. Eine merkliche Besserung ist erst eingetreten durch methodische Übungen in einem mediko-mechanischen Institut.

Bei meiner Untersuchung ergab sich folgender Befund:

Grazil gebaute, kräftige, ihrem Alter entsprechend aussehende Patientin.

Auf der rechten Seite des Halses zweifingerbreit unterhalb des Unterkieferrandes verläuft von der Mittellinie aus parallel dem Unterkiefer eine $^1/_2$ cm breite, 7 cm lange, alte, vollkommen reaktionslose Narbe. Dieselbe ist überall frei verschieblich.

Die Stellung des Kopfes ist gerade.

Eine Beweglichkeitsbeschränkung des Kopfes nach irgend einer Richtung liegt nicht vor. Bei der Vergleichung beider Schultergelenkgegenden fällt zunächst auf ein Tiefer- und Mehrnachvornstehen des rechten Schultergelenkes. Vorn erscheint das Schlüsselbein, besonders in seinem mittleren und äußeren Teil stark hervorspringend, hinten steht der innere Schulterblattrand flügelförmig von der Brustwand ab.

Eine Abtastung der einzelnen Knochen des Schultergürtels ergibt nirgends eine Verdickung, nirgends eine Deformität. Das rechte Schulterblatt entspricht in Form und Größe genau dem linken, nicht aber in der Stellung.

Das Schulterblatt bedeckt normalerweise die Hinterfläche der 2.—7.—8. Rippe. Der innere Rand des Schulterblattes verläuft der Wirbelsäule parallel.

Die Fossa supra- und infraspinata liegen annähernd in der Vertikalebene, die spina scapulae ist gerade nach hinten gerichtet. Hier ist die Stellung des Schulterblattes folgende:

Die Spitze des Schulterblattes bedeckt die Hinterfläche der sechsten Rippe.

Der innere Rand des Schulterblattes verläuft von oben innen nach außen vorn. Die Entfernung zwischen oberem inneren Winkel und Wirbelsäule beträgt rechts 5,0 cm, links 8,0 cm. Die Entfernung zwischen unterem inneren Winkel und Wirbelsäule beträgt rechts 8,5 cm, links 6,5 cm. Die Spitze des Schulterblattes ist soweit von der Brustwand abgehoben, daß man bequem zwei Finger zwischen Brustwand und Schulterblatt legen kann.

Fossa supra- und infraspinata liegen nicht mehr in einer senkrechten, sondern in einer schrägen, von oben vorn nach unten hinten gerichteten Ebene. Die spina scapulae ist nicht gerade nach hinten, sondern mehr nach oben gerichtet. Es ist auf diese Weise hier die sogenannte Oberschulterblattgegend weggefallen und der Nacken wird hier gebildet von der Schulterblattgräte und der Obergrätengrube.

Infolge dieser Verschiebung des Schulterblattes steht das Akromion mehr nach vorn und tiefer als normal; dasselbe ist mit dem Oberarmkopf der Fall und die clavicula steht gleichfalls im ganzen tiefer und ragt im mittleren und äußeren Drittel über das Niveau des Thorax hervor.

Es ist also genau das Bild, wie es Jorns beschreibt. Verschiebung des Schulterblattes im ganzen nach oben und außen, so daß namentlich der untere Winkel von der Wirbelsäule abgerückt war und der innere Rand des Schulterblattes sich flügelförmig vom Thorax abhob.

Die Erhebungsfähigkeit des rechten Armes nach vorn bis zur Horizontalen, die rein im Schultergelenk ohne Mitbeteiligung des Schulterblattes vor sich geht, zeigt keinen Ausfall.

Auch über die Horizontale hinaus ist die Erhebung des rechten Armes bis zu einem Winkel von 160 Grad möglich.

Dieser Akt der Armerhebung von 90—160 Grad geht im Schulterblatt - Schlüsselbeingelenk vor sich, dadurch, daß das Schulterblatt nach außen gedreht wird.

Der letzte Teil der Armerhebung von 160—180 Grad geht im Schlüsselbein-Brustbeingelenk vor sich und zwar in der Weise, daß das Schulterblatt möglichst stark an die Wirbelsäule herangezogen wird.

Hierbei treten die rhomboidei in Wirksamkeit.

Dieser Teil der Armerhebung ist hier nicht möglich.

Während bei der gleichzeitigen größtmöglichen Armerhebung beiderseits das linke Schulterblatt bis auf 1—2 cm an die Wirbelsäule herangezogen wird, bleibt das rechte Schulterblatt mit seinem inneren Rande 5—6 cm von der Wirbelsäule ab und der emporgehobene rechte Arm bildet mit der Brustwand einen Winkel von 160 Grad, links 180 Grad.

Es ist das Fehlen des allerletzten Teiles der Armerhebung die einzige durch die Rhomboideus-Lähmung bedingte Funktionsstörung. Und dieser geringe Ausfall der Erhebungsfähigkeit beansprucht praktisch keinerlei Wert.

Ein höherer Grad der Abmagerung ist in diesem Falle weder an den Muskeln der Schulter noch des Armes zu konstatieren. Es ist aber nicht zweifelhaft, daß früher eine deutliche Atrophie vorgelegen hat, denn einmal ergeben die vergleichenden Umfangsmessungen an beiden Oberextremitäten heute noch überall nur die gleichen Werte, während normalerweise der Umfang des rechten Armes den des linken um ca. 1 cm übertrifft und sodann gibt die Patientin mit voller Bestimmtheit an, daß der rechte Arm nach der Operation schwächer geworden sei als der linke und erst allmählich nach langer Behandlung sich gekräftigt habe.

Die Kräftigung der Muskulatur ist wohl auf die ausgiebige Massage zurückzuführen. Und eine stärkere Atrophie hat wahrscheinlich überhaupt nicht bestanden.

Die elektrische Untersuchung der rhomboidei ist eigentlich nicht recht ausführbar.

Der motorische Punkt für den dorsalis scapulae liegt nach Erb fast genau in der Mitte des vom sternocleidomastoideus, cucullaris und der clavicula gebildeten Dreiecks.

Bei galvanischer und faradischer Reizung dieses motorischen Punktes erfolgten jedesmal prompte Reaktionen im levator anguli scapulae, dagegen niemals in der Gegend der rhomboidei.

Die Reizung vom Muskel aus läßt sich nicht durchführen, da die rhomboidei vom cucullaris bedeckt werden.

Es ist aber wohl für die Lähmung der rhomboidei beweisend, daß bei faradischer Reizung der Gegend zwischen Wirbelsäule und innerem Schulterblattrande der letztere links fast ganz an die Wirbelsäule herangezogen werden konnte, rechts nur sehr wenig.

Sensibilitätsstörungen waren nirgends nachweisbar.

II. Der zweite Fall betrifft ein zehn Jahre altes Mädchen, das seit zwei Jahren in meiner Behandlung steht.

Vor ca. drei Jahren wurden dem Kinde, wie die Mutter mir angab, auf der linken Halsseite Drüsen operativ entfernt. Die Heilung war sehr verzögert worden dadurch, daß die Narbe an einzelnen Stellen immer wieder aufbrach. Das Kind hat infolgedessen ca. dreiviertel Jahre hindurch einen Verband tragen müssen.

Schon während das Kind noch den Verband trug, war der Mutter ein Tieferstehen der linken Schulter aufgefallen. Dieses Tieferstehen war noch viel auffallender nach Abnahme des Verbandes geworden. Als Ursache dafür hatte die Mutter zunächst das lange Tragen des Verbandes angenommen, dann aber eine Verbiegung der Wirbelsäule.

Bei der Untersuchung ergab sich das Bild einer Lähmung der rhomboidei.

Der Befund deckt sich, abgesehen davon, daß es sich hier um das linke Schulterblatt handelt, so vollständig mit dem im ersten Fall beschriebenen Befunde, daß ich von einer Wiederholung wohl absehen kann.

Es handelt sich im übrigen um ein kräftiges, seinem Alter entsprechend entwickeltes und gesundes Kind.

Die Stellungsveränderung des Schulterblattes war jedoch lange nicht so hochgradig wie im ersten Falle, was wohl auf das kurze Bestehen der Lähmung zurück zu führen war, und sie hat in diesem Falle auch den hohen Grad nicht erreicht.

Und das dürfte wohl auf die Therapie zurück zu führen sein. Es wurde die beiden Jahre hindurch angewandt Massage, Elektrisieren und Übungen. Und es ist zweifellos, daß das Kind heute das linke Schulterblatt bedeutend weiter an die Wirbelsäule heranbringen kann als früher, allerdings noch nicht so vollständig, wie auf der gesunden Seite.

Die Fälle von Rhomboideuslähmung dürften wegen ihres seltenen Vorkommens auf einiges Interesse Anspruch machen.

Der Ausfall der Funktion ist, wie schon eingangs erwähnt, gering. Es ist vielmehr nur die durch die Stellungsveränderung des Schulterblattes bedingte Deformität, die die Patienten veranlaßt, ärztliche Hilfe nachzusuchen.

Die Diagnose dürfte nicht schwer sein.

Es kann differentialdiagnostisch eigentlich nur beginnende Scoliose in Frage kommen.

Beginnende Scoliose zeigt oft als erstes Zeichen ein Abstehen eines der beiden Schulterblätter vom Thorax.

Anamnese und genaue Untersuchung werden diesen Irrtum wohl stets vermeiden lassen.

Therapeutisch kommt in erster Reihe Behandlung mittels des galvanischen und faradischen Stromes in Frage. Massage und Übungen werden gleichzeitig vorgenommen werden müssen.

Diese Behandlung, die ich in Fall II. lange Zeit energisch durchgeführt habe, ist von gutem Erfolge begleitet gewesen.

Ich bin der Überzeugung, daß die geringe, jetzt noch bestehende Stellungsveränderung des Schulterblattes durch weitere Behandlung sich vollständig heben lassen wird.

Steht der Tod des an Herzfehler 1899 verstorbenen H. mit den Unfällen von 1891 und 1896 in Verbindung?

Von
Geh. San-Rat Dr. **Pauly**-Posen.

Auf Ersuchen der Brauerei- und Mälzerei-Berufsgenossenschaft gebe ich folgendes Gutachten über den am 25. November 1899 verstorbenen Maschinenmeister Otto H. aus Posen ab. Derselbe, geboren im Jahre 1861 erlitt am 8. Januar 1891 einen Betriebsunfall indem er von einer Leiter auf den noch ungepflasterten Fußboden hintenüber herunterfiel. Er erlitt damals eine Gehirnerschütterung angeblich ohne Schädelbruch und bezog auf das Attest seines behandelndes Arztes, Herrn Dr. F. hin, bis zu Ende des Jahres eine Rente. In dem Gutachten des Herrn Dr. F. vom 12. April 1891 steht folgendes: „Das Herz hat einen organischen Fehler, der zurzeit beschwerdenlos und deshalb dem p. H. unbekannt ist."

Bekanntlich können Herzklappenfehler dadurch, daß sie kompensiert sind, den Patienten unbekannt bleiben, worüber unten noch weiter gesprochen werden wird.

Am 17. April 1896 erlitt H. wiederum einen Betriebsunfall, indem er von der Leiter fiel und sich einen Knöchelbruch am rechten Fuß zuzog. Als ich den Patienten mit Herrn Dr. F.*) am 24. April 1896 sah, machte mich letzterer auf den gut kompensierten Herzfehler aufmerksam. Der rechte Unterschenkel erschien nach der Außenseite bis oben herauf mit Blutaustritt bedeckt, und dieser ausgedehnte Bluterguß war möglicherweise auf den vorhandenen Herzfehler zu schieben gewesen. Der Patient wurde im Einvernehmen mit dem Sektionsvorstande von seinem Kassenarzt weiter behandelt, nach der Heilung des Bruches massiert, und kam am 25. Juni 1896 in das medico-mechanische Institut des Herrn Dr. Hönig in Berlin. Am 17. Juli 1896 untersuchte Herr Sanitätsrat Dr. H. den p. H. In seinem Gutachten ist allerdings der Herzfehler nicht erwähnt, indessen war derselbe zweifellos vorhanden. Da der Erfolg der medico-mechanischen Behandlung ein ungenügender war, so empfahl Herr Dr. H. die Fortsetzung derselben. Am 1. September 1896 begutachtete Herr Dr. H. den Patienten, welcher behauptete, daß sein Zustand sich nur sehr wenig gebessert habe, nochmals und erachtete ihn für 60 % invalide, wenn es ihm auch zweifellos erschien, daß der Patient übertreibe. Patient erhielt einen Schienenstiefel.

Am 5. April 1897 untersuchte ich den Patienten wiederum und fand die Unfallsfolgen insofern gebessert, als die Gewöhnung eingetreten war. Allerdings war der rechte Unterschenkel noch $4^1/_2$ cm dünner wie der linke, der Herzfehler war vollständig kompensiert. Ich erachtete den Patienten für nur 40% invalide durch seine Unfallsfolgen.

Der Verletzte appellierte an das Schiedsgericht, welches meinen Ausführungen beitrat, so daß Patient von da ab nur eine 40%ige Rente erhielt. Ich bedaure nachträglich, daß ich damals die Herabsetzung der Rente um 20% veranlaßt habe, weil ich den Herzfehler in seinem Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit unterschätzte, da er kompensiert war. Übrigens ist in der Entscheidung des Schiedsgerichts vom 21. Mai 1897 der Herzfehler gar nicht erwähnt.

Am 6. August 1897 untersuchte in meiner Abwesenheit Herr Oberarzt Dr. Borchard den Patienten und betonte das schlechte Aussehen desselben, es war das eines Herzkranken. Wenn auch Kompensationsstörungen nicht vorliegen, so hat doch Patient unter seinem Herzfehler sicher zu leiden. Damit Patient sich nicht erkälte, wurde ein neuer Stiefel beschafft und der Fortbezug der Rente empfohlen.

*) Ich habe als Vertrauensarzt stets den Kassenarzt zu meinen Besuchen hinzugebeten. Die Br. u. M. B. G. honorierte auch den K. A.

Am 9. November 1897 entschied das Reichsversicherungsamt, bei welchem p. H. den Fortbezug der 60% Rente beantragt hatte, gegen ihn, da der Gang sich gebessert habe. Der Herzfehler ist in der Entscheidung des Reichsversicherungsamts nicht erwähnt.

Am 7. März 1898 gab ich mein letztes Gutachten über H. ab, auf welches ich hiermit verweise. Ich schlug den Fortbezug der 40%igen Rente vor, welche p. H. auch bis zu seinem Tode erhalten hat. Damals war der Herzfehler noch ganz kompensiert. Wann der p. H. aus der Aktienbrauerei entlassen worden ist, ist mir unbekannt. Am 6. November 99 wurde er mir in einem trostlosen Zustande mit ausgedehnter Wassersucht und schweren Veränderungen der inneren Organe, alles Folgen des Herzfehlers, auf die innere Station des hiesigen städtischen Krankenhauses gebracht und starb am 25. November 1899. Die Leichenöffnung fand im Einverständnis mit dem Sektionsvorstand durch Herrn Professor Dr. Lubarsch hierselbst statt. Die in der Leiche gefundenen Veränderungen waren folgende:

„Schlußunfähigkeit der zweizipfligen Klappe (valvula mitralis) infolge chronischer retrahirender Herzinnenhautentzündung und hochgradige Erweiterung der linken Kammer, geringere des linken Vorhofs. Geringe Muskelhypertrophie des linken Herzmuskels, vereinzelte Herzschwielen, braune Induration der Lungen mit Kompression beider Unterlappen. Wasseransammlung im Brustkorb, wassersüchtige Schwellung des unteren Hautzellgewebes an den Beinen und im Rücken. Geringe Wasseransammlung in der Bauchhöhle, Stauungsblutungen im Magen und Darm, im Gewebe um die Speiseröhre sowie in der Scheide des Zwerchfellnerven. Stauungsmilz, Stauungsnieren, Stauungsleber mit Fettinfiltration, Magengeschwüre, geringe Sklerose der Arterien, Gerinnungen in den Blutadern um die Vorsteherdrüse.

Nach diesem Befunde handelt es sich um die schweren ausgedehnten Veränderungen, wie sie bei einem Herzklappenfehler vorkommen, dessen Kompensation aufhört.

Aus dieser Darstellung geht hervor, daß p. H. zwei Unfälle erlitten hat, den ersten im Januar 1891, den zweiten im April 1896. Ob es sich bei dem ersten Unfall um eine bloße Gehirnerschütterung ohne Schädelbruch gehandelt hat oder ob doch ein Schädelbruch damals entstanden war, konnte bei der Sektion nicht festgestellt werden, da die Ehefrau die Öffnung der Kopfhöhle sich verbeten hatte. Wie dem auch sei, so ist kein Zweifel, daß der p. H. trotz des schweren Unfalls wieder zu seiner Arbeit zurückkehren konnte. Vor allem ist hervorzuheben, daß schon im April 1891 der Herzfehler von Herrn Dr. F. konstatiert worden war, sicherlich mit dem Unfall von 1891 nichts zu tun hat.

Es würde zu weit führen, die Lehre von Herzklappenfehlern hier zu erörtern; es genüge die Erwähnung, daß das Entstehen derselben in das Alter zwischen 18 und 40 Jahren fällt. Die Wirkung eines jeden Klappenfehlers äußert sich auf den Blutstrom zunächst in der Weise, daß stromaufwärts von der erkrankten Klappe eine Stauung des Blutes eintritt. Diese würde den verderblichsten Einfluß auf den gesamten Körper ausüben, wenn nicht im Herzen Kompensation sich entwickelte. Die Zirkulationsstörung wird bei jedem einzelnen Herzklappenfehler durch die Mehrarbeit bestimmter Herzabschnitte überwunden, und das Herz entspricht diesen an seine Arbeitskraft gestellten erhöhten Anforderungen. Es gehört, wie in allen Lehrbüchern der Medizin steht, zu den zweckmäßigsten Einrichtungen unseres Organismus, daß das Herz über einen Reservevorrat an Kraft gebietet, welcher in entsprechender Weise in Funktion tritt, wenn es gilt, eine irgendwie eingetretene Störung der Zirkulation nach Möglichkeit auszugleichen. So wird es verständlich, daß zahlreiche Menschen mit Herzklappenfehlern lange Zeit sich fast

vollständig wohlbefinden können, eben weil die vermehrte Arbeit gewisser Abschnitte ihres Herzens trotz des bestehenden Klappenfehlers eine annähernd normale Zirkulation zu unterhalten imstande ist. Man nennt einen Herzklappenfehler, bei welchem wenigstens keine hochgradigeren Folgezustände gestörter Zirkulation bestehen, einen kompensierten Herzfehler. Diese Kompensation ist es auch, welche viele Menschen über Herzfehler täuscht, so daß derselbe vom Arzte, der nicht den ganzen Menschen untersucht, übersehen werden kann.

Dies war bei H. nicht der Fall, da Herr Dr. F. den Herzfehler schon im Jahre 1891 konstatiert hatte. Hätte der damalige Unfall den Herzfehler verschlimmert, was immerhin möglich gewesen wäre, so wäre dies in irgend einer Weise zum Ausdruck gekommen; dies war nicht der Fall

Wodurch p. H. seinen Herzfehler erworben hat, darüber konnte er keine Auskunft geben.

Ebensowenig wie durch den Unfall im Jahre 1891 ist der Herzfehler durch den Unfall im Jahre 1896 verschlimmert worden. Es ist allerdings für mich wahrscheinlich, daß die Unfallsfolgen des Knöchelbruches durch den vorhandenen Herzfehler nicht vollständig beseitigt worden sind, weil doch immerhin trotz aller Kompensation der Einfluß eines Herzfehlers auf die Blutverteilung vorhanden ist. Es schien mir aber in der anfänglich 60 prozentigen Unfallrente genügend dem Rechnung getragen zu sein. Ich bedauere, wie erwähnt, die von mir veranlaßte Herabsetzung der Rente auf 40 % muß aber doch andererseits hervorheben, daß auch dieser Satz für die vorhandenen Unfallsfolgen des Knöchelbruchs im ganzen ein genügender war. Der p. H. ist mit seinen mannigfachen Klagen wohl von mir und seinen Arbeitsgebern unterschätzt worden und hat auch schließlich in der Aktienbrauerei keinen Platz mehr gefunden. Indessen ist sein Schicksal nicht durch die Unfallsfolgen sondern durch die Kompensation des Herzfehlers bedingt worden. Es ist somit der Tod des p. H. in keinem Zusammenhange mit dem Unfall gewesen, auch liegt kein deutliches Zeichen vor, daß die Kompensation des früher vorhandenen Herzfehlers durch den Betriebsunfall beeinflußt worden ist.

Nahrungsmittelverfälschungen.

Von

Dr. **Dietze**, Düsseldorf-Obercassel.

Mit dem Wachstum der industriellen Bevölkerungsschichten eines Staates wechselt auch das Bild ihrer Lebensmittelbedürfnisse. An die Stelle der natürlichen Nahrungsmittel treten mehr oder weniger äquivalente Surrogate. Die Erzeugnisse der Industrie für den Markt sind nicht immer einwandfrei; häufig genug finden sie nur Absatz mittelst einer schlau eingeleiteten Reklametriebkraft. Es ist Aufgabe der wissenschaftlichen Hygiene, ein wachsames Auge über alle ähnlichen Erscheinungen zu haben, und den Staat zu veranlassen, Gesetze zu erlassen, welche die Beschaffenheit der Lebens- bzw. Nahrungsmittel sozusagen normieren. In Deutschland ist dies in reicherem Maße der Fall, dessenungeachtet sind die Prozesse wegen Nahrungsmittelverfälschungen nicht weniger geworden. Im Gegenteil fast scheint es, als ob gerade die Gesetzgebung schuld an dieser Prozeßkategorie hätte.

In Gelsenkirchen gingen 500 Menschen an Typhus zugrunde; siebenmal soviel waren erkrankt. Die Schuld traf die Wasserverwaltung; sie lieferte verseuchtes Wasser und setzte sich mit unglaublicher Frivolität über die Warnungen aus ärztlichen Konsumentenkreisen hinweg. Die Anklage war wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgange erhoben worden. Der Staatsanwalt warf indessen die Frage auf, ob Wasser etwa ein Nahrungsmittel sei, bezüglich dessen dann die Angeklagten nur der Nahrungsmittelverfälschung beschuldigt werden könnten. Richter, Ankläger samt der Verteidigung, standen vor einem offenen Ignoramus. Der Rechtsanwalt Dr. Wallach verstieg sich sogar in die Tiefen des griechischen Altertums und wollte glauben machen, Aristoteles habe Wasser für ein Nahrungsmittel gehalten. Er meinte offenbar die Elemente des Empedokles, die man ja auch die aristotelischen nennt: die heutigen Chemiker haben aber die Zahl der bekannten Elemente auf 73 gebracht, was beweist, wie eminent der wissenschaftliche Scharfsinn seitdem doch fortgeschritten ist.

Daß Wasser ein Nahrungsmittel ist, darüber braucht nicht mehr gerechtet zu werden, nachdem es längst jedem x-beliebigen Handbuch der Physiologie einverleibt worden ist. Aber Wasser ist richtiger nicht d a s Nahrungsmittel, sondern a u c h ein solches, weil es von absoluten Gesichtspunkten eben ein Lebensmittel, dessen Verwendung sehr mannigfaltig ist.

Bei der Beurteilung des Wassers als Nahrungsmittelsubstrat ist lediglich seine chemische Beschaffenheit zu berücksichtigen. Soweit es indessen nur aus H_2O zusammengesetzt ist, kann es nicht als Nahrungsmittel angesehen werden, sondern als das Lösungsmittel der festen Nährstoffe, die es durch den Verdauungskanal hindurchbewegt, sie in die Körpersäfte aufsaugt und somit auch seinen Anteil an der Blutbildung hat. Man kann nicht sagen, ob der Sauerstoff des Wassers Blutsauerstoff bildet; die Medizin behauptet, daß das Wasser als H_2O den Magen neutral passiert. Zweifellos kann aber der Sauerstoff dem Körper auf anderem Wege zugeführt werden. Im vorliegenden Falle kann H_2O nur als absolutes Lebensmittel aufgefaßt werden; enthält es Mineralbestandteile, Eisen, Kalisalze etc., hat es auf diese Bezeichnung entschieden keinen Anspruch mehr, vielmehr erscheint es als ein Surrogat von medikamentärer Wirkung; enthält es Ammoniak, Chlor etc., also fäulnisverdächtige Stoffe, ist es unter allen Umständen eben k e i n Lebensmittel mehr. Denn gerade seine chemische Reinheit ist es, welche es für den g e s a m t e n menschlichen Haushalt verwendbar macht. Zu Reinigungszwecken, namentlich für die Hautpflege ist chemisch reines Wasser am zuträglichsten. Hierüber hat W. D ö n i t z in L e y d e n s Deutscher Klinik eingehende Erörterungen gegeben. Und gerade dieser Gelehrte spricht die beherzigenswerten Worte aus: Traurig nur, daß die Wasserverwaltungen, die dem Volke Jauche anstatt Wasser bieten, noch Gnade vor sonst rücksichtslosen Staatsanwälten finden!" Unter Nahrungsmittelverfälschung muß füglich doch verstanden werden die bewußte künstliche Veränderung eines Nährmittels, wodurch es verschlechtert, gesundheitsschädlich gemacht wird, wie beispielsweise, wenn jemand Schwerspat dem Kornmehle zum Zwecke der Täuschung und aus Gewinnsucht beimengt. Das ist der Sinn des Gesetzes. Wenn jemand fauliges Mehl, das früher einmal gut war, verkauft, so macht er sich nicht etwa einer Nahrungsmittelverfälschung schuldig, sondern des Feilhaltens v e r d o r b e n e r Nahrungsmittel. Das Gelsenkirchener Wasser kann sicherlich einmal gesund, rein gewesen sein; erwiesen ist, daß es verdorben, also gesundheitsschädlich war. Die Angeklagten hatten es leichtfertigerweise dem Verderben ausgesetzt; aber, es zu verfälschen, dazu ist die Natur der Straftat viel zu konträr dem Sinne des Gesetzes. Danach liegt keine Verfälschung, sondern Vergiftung des Wassers vor. Wenn ein einzelner fremde giftige Stoffe dem Wasser, das er einem Bekannten zu trinken gibt, beimischt, so hat er die Absicht, die Person zu vergiften, zu töten. Ein Vergiftungsdelikt bleibt es auch, wenn er aus Fahrlässigkeit handelt; niemals wird Nahrungsmittelverfälschung angenommen werden können.

Wenn uns diese Deduktionen richtig erscheinen, so befremdet der folgende Fall von Nahrungsmittelverfälschung vor der Heilbronner Strafkammer noch mehr. Die Angeklagten waren beschuldigt, die Armeekonserven dadurch verfälscht zu haben, daß

sie es unterließen, das in einem aus dem Jahre 1864—69 stammenden Rezept vorgeschriebene Quantum von Bouillon bzw. Liebigs Fleischextrakt beizumengen, ganz abgesehen, daß sie Liebigextrakt in der von ihnen für gut befundenen Menge beifügten.

Die Ärzte sind nicht mehr unter den Lebenden, die Fleischbrühe und Fleischextrakt als ein unersetzliches Surrogat der menschlichen Ernährung ansehen. Es ist längst klargestellt, daß die Fleischbrühe eigentliche Nährstoffe wie Eiweiß, Fett und Kohlehydrate nicht enthält, die Extraktivstoffe aber nur den Wert der Nährsalze haben, als Brenn- und Baustoffe für den Organismus überhaupt nicht in Betracht kommen. Ihr Wert ist ein wesentlich medikamentärer. Man hat gefunden, daß die das Nervensystem belebende Wirkung der Fleischbrühe vorzugsweise dem Kreatinin und den phosphorsauren Kalisalzen zuzuschreiben ist. Man hat aber auch an Experimenten nachgewiesen, daß reichliche, in das Blut gelangende Mengen dieser Stoffe Ermüdungszustände herbeiführen und die Extraktivstoffe der Fleischbrühe eine Änderung der molekularen Konzentration des Blutes bewirken. Nach den Forschungsergebnissen Naunyns, Senators u. a. erscheint es nicht ausgeschlossen, daß der fortgesetzte Genuß, wie er bei gewissen Kranken beobachtet wird, Azidosis oder Säurevergiftung nach sich zieht. Fleischbrühe hemmt die Verdauung; sie wirkt konstipativ. Sie häuft im Blute oder in den Geweben entstandene Gifte an. Der Genuß von Fleischbrühe bedeutet nicht Nahrungszuführung, sondern Nahrungsentziehung; sie steigert allein genossen den Stoffverbrauch des hungernden Organismus, anstatt die Stoffverluste desselben zu ersetzen. Dasselbe gilt vom Fleischextrakt, wobei der künstliche Leimzusatz den Wert des Extraktes keineswegs erhöht. Sein Preis steht jedenfalls außer allem Verhältnis zu dem, den er für die menschliche Ernährung haben soll. Den Zusatz billigen Leimes zum Fleischextrakt erklärt J. Ranke als eine Verfälschung desselben. Wie soll es denn nun eine Nahrungsmittelverfälschung sein, wenn jemand etwas Verfälschtes aus einem Surrogat fortläßt? —

Literatur.

Liebreich, Gewürze, Ther. Mon. 1904/2.
Fleischersatzmittel von Dr. Chotzen.
Fleischextrakt von Dr. Dornblüth.
Fleischersatz von Dr. S. Herzberg.
Gruber, Fleischvergiftungen.
Ranke, Ernährung.
Frentzel, Prof. Dr., Ernährung.
Büchner, hyg. Vorträge.
Senator, Autointoxikationen.
Dönitz, Infektionen.
Dietze, L'énergie et l'alimentation 1902.

Referate.

Allgemeines.

Tod eines Erwachsenen durch Verbrennen im Ofen. Ein seltener gerichtsärztlicher Fall.

Von Dr. J. Sadikoff (Talsen).

(St. Petersburger med. Wochenschrift, 1905, Nr. 6.)

In Anbetracht der ungewöhnlichen Seltenheit des Falles sei der Tatbestand an dieser Stelle ausführlich wiedergegeben.

Der 79 Jahre alte Patient Str. wurde in der Badestube des Tischlers N . . . . von letzterem tot im Ofen der Badestube liegend gefunden. Str. hatte sich um ca. 6 Uhr nachmittags in die Badestube begeben. Um ca. 8 Uhr fand ihn N., als er selbst baden ging, völlig nackt im Ofen liegend, so daß nur die Unterschenkel aus demselben hervorragten. Da N. allein war und Str. tot zu sein schien, so rief N. sofort Leute, und erst dann wurde Str. herausgezogen. Er lag im Ofen mit dem Gesicht nach unten, mit über der Brust liegenden Armen. Vor Str. hatte eine Magd des Tischlers N. gebadet. Dunst war in der Badestube nicht vorhanden. Die Badestube war unverschlossen und konnte überhaupt von innen nicht verschlossen werden, da die Türen nur einfache Klinken hatten. Str. hat sich allein in die Badestube begeben, und es ist nicht bemerkt worden, daß noch jemand anders sich dort während seines Aufenthalts, wenn auch nur zeitweilig, befunden hat. Es ist nach der Lage der Badestube, welche ca. 30 Schritte vom Hause des N. in einer Einsenkung an einem Teiche liegt, möglich, daß jemand aus dem anstoßenden Walde oder aus der sonstigen Nachbarschaft in dieselbe, ohne bemerkt zu werden, hineingelangen kann. Str. hat vor seinem Tode nie etwas Außergewöhnliches getan oder gezeigt, auch nicht alkoholische Getränke zu sich genommen.

Die Sektion ergab folgendes: Der Verstorbene war mittleren Wuchses, sein Ernährungszustand und Habitus normal. Die Haut auf der ganzen Vorderseite des Körpers bis zu den Knien ist geschwärzt und geht in Stücken herunter, die Farbe derselben ist blaurot. An den Seiten befinden sich viele Blasen mit flüssigem Inhalt. Am Scheitel, am Unterarm, an den Fingern und Knien ist die Haut hart und dunkelbraun, auf dem Kopf und Rücken angedrungen und mit Flüssigkeit durchtränkt, von blutroter Farbe. Augenlider, Ohren und Nase gedunsen, in den Lidern Blutaustritte. In Nase und Mund Aschenteile und blutige Flüssigkeit. Andere äußere Verletzungen sind nicht vorhanden. Die Kopfhaut ist stellenweise durch die Verbrennung an die Knochen angebacken. Die inneren Teile, z. B. Muskeln, Hirn, Baucheingeweide etc., sind wie gebacken, d. h. blaß und leicht zerreißlich oder brüchig. Im Kehlkopf findet sich, außer blutiger Flüssigkeit, Asche. In den Lungen ist das Blut dick wie Teer. In der rechten Herzhälfte und den zum Herzen führenden Gefäßen befindet sich dunkles, flüssiges Blut. Innere Verletzungen durch Gewalt sind nicht zu finden.

Wie sich aus diesen Daten ergibt, ist der Tod durch Erstickung, und zwar, nach den Aschenteilen in den Atmungswegen zu urteilen, durch Erstickung im Ofen erfolgt, der verstorbene Str. ist also durch Verbrennung im Ofen ums Leben gekommen. Daß er lebend in den Ofen gekommen, ergibt außer der in den Luftwegen befindlichen Asche auch das Vorhandensein der mit Flüssigkeit gefüllten Brandblasen. Die Todesursache ergibt also nicht die geringsten Schwierigkeiten. Sehr schwierig dagegen ist bei diesem Falle die Schuldfrage: Handelt es sich um Mord, Selbstmord oder unglücklichen Zufall? Trotz eingehender Erörterung aller in Betracht kommenden Umstände kann Verf. doch keine entscheidende Behauptung aufstellen. Lb.

Tod durch Überfahren. Bruch des rechten Schlüsselbeins und mehrerer Rippen. Äußere Bedeckung unverletzt.

Von Dr. Meunier.

(Korrespondenz-Blätter des allgemeinen ärztlichen Vereins von Thüringen. XXXII. Jahrg. Nr. 8.)

Wieder ein Fall von Tod durch Überfahrenwerden, wo sich bei der Obduktion schwere innere Verletzungen fanden, während die äußere Besichtigung fast gar keinen Anlaß bot, der auf eine Verletzung schließen ließ. Der äußere Befund in dem Falle Meuniers, wo ein Mann tot neben seinem von Kühen gezogenen Dungwagen gefunden war, war noch geringer als der in dem Schlautmannschen Falle, der kürzlich hier referiert wurde. Denn dort waren äußere Verletzungen überhaupt nicht vorhanden, doch ergab die Sektion einen Bruch der rechten Klavikel, der 2. und 3. Rippe rechts nahe am Sternum, der linken 4. und der rechten 5. Rippe in der Axillarlinie. Es ergibt sich daraus die Notwendigkeit der Leichenöffnung in allen irgendwie zweifelhaften Fällen.

Schaumkell-Ronneburg.

Die Vernichtung des kindlichen Lebens während der Geburt.

Von Meyer-Wirz.

(Correspondenzblatt f. Schweizer Ärzte 1905. 3.)

Die deutschen Geburtshelfer stehen im großen ganzen nicht auf dem Standpunkt Pinards: „L'embryotomie sur l'enfant vivant a vécue“ und anderer zustimmender französischer Geburtshelfer. Koßmanns Satz „Wer für diese einfache Manipulation (die sectio caesarea) nicht die erforderlichen technischen Fähigkeiten besitzt, dürfte gewissermaßen überhaupt keine ärztliche Praxis betreiben“ wird nicht von allen, vielleicht nicht einmal von vielen praktischen Ärzten gutgeheißen werden. Man wird als Mensch mit praktischer Lebensauffassung wohl allgemein Leopold (Amsterdamer Gynäkologenkongreß 1899) zustimmen: „Man suche lieber ein gesichertes Leben, das der Mutter, als ein erlöschendes zu erhalten, anstatt möglicherweise beide zu verlieren. Man perforiere daher lieber einmal mehr als einmal zu wenig. Die überlebende Mutter kann noch mehrere Kinder zur Welt bringen und wenn nötig durch die künstliche Frühgeburt die gefahrvollen Klippen vermeiden.“

Meyer-Wirz steht auf dem Standpunkt, daß der Arzt bei der Beurteilung der Willensäußerung der Mutter sich nicht von ethischen Gefühlen leiten lassen darf, aber auch keine Berechtigung hat, gegen deren Wunsch und Willen einen Eingriff vorzunehmen, wie es Pinard empfiehlt. Aber zu warten, etwa bis das Kind abgestorben, kann für die Mutter ebenfalls den Tod bringen. So bleibt der Satz bestehen, wie Stooß (Chirurg. Operationen und ärztliche Behandlung) hervorhebt, „Salus aegroti lex esto“. Es wird, wie Zweifel (Lehrbuch) schon betont hat, der Kaiserschnitt vorwiegend eine Operation der Gebäranstalten, die Perforation dagegen die Operation der alltäglichen Praxis bleiben.

Die katholische Kirche verbietet bekanntlich die Vernichtung des kindlichen Lebens in der Geburt. Die Strafrechtslehrer überlassen die Entscheidung über die Berechtigung der Kraniotomie der medizinischen Wissenschaft und suchen nur die merkwürdige Tatsache zu erklären, warum diese Tötungshandlung der Strafpflicht entzogen ist und wie die Statthaftigkeit derselben, wenn man sie annimmt, juristisch konstatiert werden müsse. Weder Gewohnheitsrecht, noch Berufsrecht, noch die Annahme von Notwehr, wobei das unschuldige Kind als aggressor injustus angesehen werden müßte, können dafür herangezogen werden. Mittermaier, Nägeli, Binding nehmen deshalb für den Arzt das Recht des Notstandes in Anspruch und der neueste Entwurf des schweizerischen Strafgesetzes lautet dementsprechend und ist auf unsere Frage anwendbar: „Die Tat, die jemand begeht, um sein oder eines anderen Gut, so namentlich Leib, Leben, Freiheit, Ehre, Vermögen aus einer unmittelbaren, nicht abwendbaren Gefahr zu retten, ist kein Verbrechen, wenn dem Täter den Umständen nach nicht zugemutet werden kann, das gefährdete Gut preiszugeben. Andernfalls mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen“.

Aber nach dem bisherigen deutschen Strafgesetz tritt Notstand nur dann ein, wenn eine gegenwärtige Gefahr Leib und Leben des Täters oder seiner Angehörigen bedroht und wenn die Gefahr unverschuldet ist und nicht anders als durch eine sonst strafbare Handlung abgewendet werden kann. Bei einer Reform des Strafgesetzbuches wird also die Fassung des Schweizer Entwurfs Berücksichtigung verdienen. Stolper-Göttingen.

Chirurgie.

Über Herzruptur.

Vortrag von Dr. K. Winkler, Privatdozent und 1. Assistent am kgl. pathol. anat. Institut zu Breslau.

(Allgem. Med. Zentralzeitung 1905. Nr. 8.)

Die Spontanruptur kommt bei völlig gesundem Herzen nicht vor. Bei allgemeiner Fettsucht kann das verfettete und atrophische Myocard reißen; auch ohne besondere Anstrengung; sogar im Schlaf. Häufiger geben Ernährungsstörungen Anlaß, so die von Orth beschriebene partielle Myomalazie infolge Gefäßobliteration. Die Ruptur kommt da durch Erweichung und Zerfall eines Herdes zu stande. Unter denselben Umständen kann es zur Bildung von Herzaneurysmen kommen, die gelegentlich zerreißen. Abszesse im Myocard gehören zu den großen Seltenheiten; ebenso Neubildungen. Doch sind Metastasen von Sarkomen und Karzinomen, auch Echinokokken und Gummata beobachtet. Ihr Zerfall kann Ruptur herbeiführen. Zerreißung der Art. coronaria ist bei schwerster Arteriosklerose vorgekommen. Häufiger sind Rupturen durch Aneurysmen im Anfangsteile der Aorta.

Von den traumatischen Rupturen behandelt Verf. nur die durch stumpfe Gewalt, ohne Durchtrennung der Brustwand. Dazu ist eine besonders schwere Einwirkung erforderlich: Überfahren durch Lastwagen, Fall aus großer Höhe, Verschütten, Hufschlag. Meist betrifft diese Ruptur die rechte Herzhälfte; sehr selten das Septum. Vgl. die Zusammenstellung in der Abhandlung von Revenstorf im XI. Bande (1903) der Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Eine bestimmte Regel für den Mechanismus der traumatischen Rupturen kann nicht aufgestellt werden. Form und Lokalisation der einwirkenden Gewalt wird annähernd Schlüsse erlauben. Die meisten Zerreißungen kommen durch Platzen des zwischen Brustbein und Wirbelsäule eingeklemmten Herzens zu stande; doch kommt auch direkte Zermalmung und Zerrung vor. Die Gewalt führt auch zu Rissen im Anfangsteil der großen Gefäße. In foro wird oft aus der Sektion kein genügend sicheres Urteil über die Entstehungsart abzugeben sein. — Verf. erwähnt schließlich einen klinisch beobachteten Tod durch Herzinsuffizienz, der nach großer Aufregung binnen vier Minuten eintrat. Bei der Sektion fand sich keine Ruptur, doch starke Dilatation beider Ventrikel neben Aorteninsuffizienz und Stenose. Auch derartige Fälle können die Sachverständigentätigkeit des Arztes in Anspruch nehmen. Ktg.

Schuß durch das Ventrikelseptum des Herzens. Herznaht-Heilung.

Aus dem Hafenkrankenhause Hamburg; Oberarzt Dr. Lauenstein. Von Dr. Schubert.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 75, Heft 1.)

Ein junger Mann wurde eine halbe Stunde nach einem Selbstmordversuch besinnungslos in das Krankenhaus eingeliefert. Im vierten Zwischenrippenraum, 3 cm innerhalb der Brustwarzenlinie, befand sich eine Einschußöffnung, aus der kein Blut, jedoch einige Luftblasen hervorquollen. Über der Lunge links hinten unten bestand Dämpfung (Blutung); andere Veränderungen konnten nicht nachgewiesen werden. Da der Puls während der Untersuchung schlechter wurde, schritt Schubert zur Operation und eröffnete durch einen im vierten Zwischenrippenraume vom linken Brustbeinrande durch die Wunde bis 13 cm über diese hinaus verlaufenden Schnitt den Brustkorb. Der Schußkanal führte zunächst in die Pleurahöhle, aus welcher ein Liter Blut entfernt wurde. An der Vorderwand des Herzbeutels und am Herzen, zwei Finger breit von der Spitze, 1 cm rechts von den Gefäßen, befanden sich linsengroße nicht blutende Löcher, außerdem an der Hinterwand des Herzens und des Herzbeutels, etwas höher liegend als vorn eine ebenso große ziemlich starkblutende Öffnung. Alle Wunden, auch der Einschnitt in den Herzbeutel, wurden mit Catgut genäht und die Hautwunde mit Seide verschlossen. Der Wundverlauf war gut; der Kranke wurde nach $1^1/_2$ Monaten geheilt entlassen, nachdem mittels Röntgenstrahlen festgestellt war, daß die Kugel im linken Pleuraraum an der Wirbelsäule auf dem Zwerchfell lag.

Niehues-Berlin.

Haarnadel in der Blase einer geistesschwachen Epileptischen infolge von Masturbation.

Von Dr. Stakemann, leitender Arzt des Asyls für Epileptische in Rotenburg i. H.
(Zeitschr. f. Med. Beamte. 1905. Nr. 4. S 89.)

Die Einführung der Nadel hatte am 13. Dezember stattgefunden; der Arzt erfuhr aber erst am 21. davon, als die bleiche Farbe und der schwere Gang der Patientin auffiel. Es wurde nunmehr gemeldet, daß die Mitkranken der Stationsschwester gleich nach dem Vorkommnis Mitteilung gemacht hatten. Die Schwester hatte das vergessen. Es gelang, die Nadel nach Dilatation der Harnröhre durch diese ohne üble Folgen zu entfernen. Aus der Kranken war über die Art der von ihr vorgenommenen Masturbation nichts zu erfahren; der Fall lehrt aber, wie wichtig es namentlich in der psychiatrischen Krankenpflege ist, daß das Pflegepersonal gut beobachtet und dem Arzt unverzüglich Meldung abstattet. Ktg.

Über Schenkelhalsbrüche, namentlich vom Gesichtspunkt der gerichtlichen Medizin.

Von Dr. G. Feldmann in Stuttgart.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Med. und öffentl. Sanitätswesen. 3. Folge XXVII. Suppl.-Heft.)

Feldmann bespricht die pathologische Anatomie und den Krankheitsverlauf des Schenkelhalsbruches nur insoweit, als deren Kenntnis zur gerichtsärztlichen Beurteilung erforderlich ist, äußert sich dagegen in eingehender, zusammenfassender Weise über die Ursachen, die Erkennung und die Folgen der Verletzung.

„Zur Entstehung eines Schenkelhalsbruches bei alten Personen genügt eine außerordentlich minimale Gewalt; Schenkelhalsbrüche bei jugendlichen Personen setzen fast ausnahmslos eine starke Gewalteinwirkung voraus. Unter gewissen, noch nicht aufgeklärten Umständen erfolgen auch bei jugendlichen Personen sogen. Spontanbrüche des Schenkelhalses; ein Teil derselben gehört zu den Riß- oder Belastungsbrüchen, ein anderer, kleinerer Teil ist auf vorher bestandene Knochenkrankheiten zurückzuführen, einige wenige bleiben unaufgeklärt."

Bezüglich der Fälle, in denen der Bruch bei einem Versuche der Einrichtung einer Hüftgelenksluxation entstand, äußert F. sich dahin, daß der Operateur keinesfalls mit Sicherheit darauf rechnen kann, daß ihm die Verantwortlichkeit für einen solchen Fall nicht werde aufgeladen werden, es sei denn, daß er zuvor den Kranken von der Möglichkeit eines Schenkelhalsbruches verständigt und mit dessen Zustimmung forcierte Repositionsversuche vorgenommen hat.

Die Aufzählung der Symptome bietet nichts Neues. Die wesentlichsten Erscheinungen sind die Verkürzung und Drehung des Beines nach außen.

Unter den Folgen des Schenkelhalsbruches werden zunächst diejenigen allgemeiner Natur, Tod durch Sepsis, Fettembolie, Lungenerkrankungen, Dekubitus usw. besprochen. Eine Erörterung der lokalen Schädigung, Mitteilungen über Heilungsverlauf (im Durchschnitt acht Monate) und Schätzung der Erwerbsunfähigkeit (15—83 1/3 %) schließen sich an.

Niehues-Berlin.

Über die isolierte Abrißfraktur des Trochanter minor.

Von Privatdozent Dr. Charles Julliard in Genf.
(Archiv für klinische Chirurgie, Band 72. Heft 1.

Julliard teilt die Krankengeschichte eines 87jährigen Greises mit, welcher im Anschluß an einen Fall auf die Seite eine Abrißfraktur des kleinen Rollhügels erlitt, verbreitet sich im genaueren über die Knochenarchitektur im oberen Ende des Oberschenkelknochens, sowie die Ätiologie, Symptomatologie, Prognose und Behandlung der Verletzung und beschließt seine Arbeit mit folgenden Sätzen:

1. Es gibt eine isolierte Fraktur des Trochanter minor durch Abreißung (Wirkung des M. ileopsoas).

2. Sie ist von nicht genau lokalisiertem Schmerz, Ekchymose und Schwellung begleitet. Das auffallendste Symptom ist die vollständige Auswärtsrotation des Beines.

3. Sie wurde bis jetzt nur in einem einzigen Falle, und zwar bei einem Greise, beobachtet.

4. Es ist fast unmöglich, ohne Zuhilfe der Röntgenstrahlen die genaue klinische Diagnose festzustellen, und im speziellen sie von der Schenkelhalsfraktur zu unterscheiden. (Im vorliegenden Falle würde sie erst post mortem gestellt. Ref.)

5. Ihre Proghose, welche sich nach Beobachtung eines einzigen Falles natürlich nicht feststellen läßt, scheint denjenigen der Halsfrakturen gleich zu sein. Die funktionellen Heilresultate konnten noch nicht beobachtet werden.

6. Die rationelle Behandlung besteht darin, den Oberschenkel in Beugung und leichter Auswärtsrotation zu fixieren.

Niehues-Berlin.

Sekundäre Verbiegung des Unterschenkels nach Fraktur.

Von Dr. Lissauer in Düsseldorf.
(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905 Heft 3.)

Ein Jahr nach Wiederaufnahme der Arbeit nach normaler Konsolidation eines einfachen Unterschenkelbruches trat ziemlich plötzlich heftiger Druckschmerz an der Bruchstelle mit Ödem und Verdickungen in den umgebenden Weichteilen auf. Die Röntgenuntersuchung ergab nichts Besonderes. Heilung durch Ruhe. 1 1/2 Jahre später ähnlicher Anfall. Diesmal zeigte der Unterschenkel eine deutliche Krümmung. Erweichung des Knochens war indes durch die Untersuchung nicht zu erweisen. Die Erscheinungen schwanden unter Ruhe, doch blieb die Verkrümmung dauernd. Bei einem dritten Anfall, zwei Jahre später, hatte sie jedenfalls nicht zugenommen. Jedem dieser Anfälle war eine stärkere Anstrengung des Beines voraufgegangen. In diesem Umstande wird die Ursache der entzündlichen Vorgänge erblickt. Der Fall ist um so bemerkenswerter, als es sich um einen gesunden, kräftigen, jungen Menschen handelte. Zu frühe Belastung des noch weichen Kallus war absolut auszuschließen, da die Fraktur bei der Wiederaufnahme der Arbeit fest vereinigt war. Bei manchen Verbildungen der Wirbelsäule nach Traumen dürften ähnliche Prozesse — Ostitis rareficans — eine hervorragende Rolle spielen. Die Rente betrug nach den entzündlichen Zwischenfällen 20, später dauernd 10 %. Ktg.

Nebenbewegungen im Kniegelenk und Ruptur der Menisci articulares.

Von Dr. Th. Christen in Kirchdorf (Bern).
(Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte, 34. Jahrg. Nr. 23.)

Christen unterscheidet 4 Arten von Nebenbewegungen im Kniegelenk, rotierende Gleitung, geradlinige Gleitung, Rollung und Abhebung.

1. Rotation der Tibia um ihre Längsachse ist bei völlig gestrecktem Kniegelenk unmöglich. Je mehr das Knie gebeugt wird, desto ausgiebiger wird die Rotation, um bei Stellung im rechten Winkel eine Amplitude von 55° zu erreichen.

2. Die Parallelverschiebung der Tibia senkrecht zu ihrer Längsachse vollzieht sich unter Gleiten ihrer Gelenkfläche über die Femurkondylen; sie ist am meisten ausgebildet bei Verschiebung des Unterschenkels nach innen, weniger bei einer solchen nach außen. Die Verschiebung nach hinten ist gleichfalls deutlich wahrnehmbar und kann bei gebeugtem Kniegelenk durch

Kontraktion der Flexoren aktiv hervorgerufen werden; weniger ergiebig ist die Verschiebung nach vorn.

3. Theoretisch muß auch eine Rotation des im Kniegelenk rechtwinklig gebeugten Unterschenkels um den Oberschenkel als Achse vorhanden sein, doch wird diese Bewegung durch die Rotation des Oberschenkels im Hüftgelenk verdeckt.

Namentlich die Forcierung der unter 2 und 3 genannten Nebenbewegungen ist für das Zustandekommen von Meniskusrupturen verantwortlich zu machen, da durch sie die Knorpelscheiben aus dem Gelenk herausgedrängt werden. Im Gegensatz hierzu kommt.

4. die Entfernung der Gelenkflächen voneinander durch Zug in der Längsrichtung der Tibia für die Therapie der Meniskusrupturen in Betracht. Niehues-Berlin.

Über eine Absplitterung aus der Corticalis des rechten Fersenbeines.

Ein weiterer Beitrag zur Vielgestaltigkeit der Fersenbrüche.

Von Dr. Bettmann in Leipzig.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905. Heft 3.)

Ein junger Arbeiter zog sich beim Ausgleiten durch Umknicken des rechten Fußes eine Verletzung zu, die sich in starker Anschwellung und Schmerzen äußerte. Nach drei Monaten war Patient noch nicht imstande zu arbeiten, weil er nicht längere Zeit stehen konnte und Schmerzen im Fuß und Knie hatte. In der Anstalt des Verf. zeigte sich das Bein etwas abgemagert. Eine Röntgenaufnahme blieb negativ. Die Erscheinungen besserten sich, und Patient wurde mit 20% Rente entlassen. Fünf Monate nachher ging er mit denselben Klagen wieder zu, bezeichnete aber diesmal einen 4 cm vor dem Ende der Ferse mitten in der Fußsohle gelegenen Punkt als besonders empfindlich. An dieser Stelle war eine flache Vorwölbung zu fühlen. Abermalige Durchleuchtung ließ ein längliches Knochenstückchen erkennen, welches aus der Rinde des Calcaneus direkt vor dem Tuber calcis abgesprengt war und zwischen den Weichteilen der Sohle lag. Es wurde operativ entfernt; darauf trat baldige Heilung ein. Der Fall lehrt erstens wie heftige Beschwerden durch solche kleinen Knochensplitter hervorgerufen werden können, und zweitens, daß man sich nie mit einer einzigen Röntgenaufnahme begnügen soll, um die Diagnose zu sichern. Ktg.

Contribution à l'étude des luxations de l'épaule en arrière.

Von Prof. Laroyenne und Dr. Morel in Lyon.

(Bulletin médical. April 1904.)

Die Verfasser beschreiben zwei Fälle der seltenen Luxation des Humerus nach hinten. Für die Diagnose ist wesentlich, daß man zwar das Fehlen des Humeruskopfes an der gewohnten Stelle durch Palpation feststellen, den Kopf selbst aber gewöhnlich nicht fühlen kann. Er wird von der Schulterwölbung und den gespannten Muskeln (Deltoides, Infraspinatus und Teres minor) verdeckt. Die Achse des Oberarmes, die normalerweise das vordere Ende des Akromion trifft, läuft bei dieser Luxation nach unten und innen davon. In den beiden von den Verfassern beobachteten Fällen fanden sie eine vollständige motorische Lähmung des N. axillaris, in einem Falle auch des Radialis. Wahrscheinlich ist die Lähmung des Axillaris für diese Fälle charakteristisch, da Versuche an der Leiche eine starke Zerrung des Nerven bei der Luxation nach hinten zeigten. Für das Zustandekommen der Luxation ist wesentlich die Rotation des Armes nach innen; die angewandte Gewalt braucht nicht sehr groß zu sein. Ob der Humeruskopf direkt von vorn nach hinten geht, oder ob er sich, wie Petit und Bottey annehmen, erst am unteren Rande der Gelenkpfanne anstemmt und dann erst sekundär nach hinten gezogen wird, ist noch fraglich. Lehfeldt.

Bruch der unteren Epiphyse des Radius bei Automobiltechnikern.

Von Prof. Dr. C. Ghillini in Bologna.

(Zeitschrift für orthopädische Chirurgie, Band 13, Heft 4.)

Ghillini beobachtete bei Chauffeuren das häufige Vorkommen von Radiusfraktionen, deren Entstehen durch die Art der Handhabung des Motors bedingt ist.

„Um den Motor eines Automobils in Bewegung zu setzen, muß man mit der Kurbel eine Bewegung machen, um den Druck des Gases im Zylinder zu fühlen. Da man jedoch die Kurbel ergreifen muß, wenn sich dieselbe in horizontaler Lage befindet, um den Druck des Zylinders zu bewältigen, so muß man eine große Kraft anwenden, damit die Kurbel ihren tiefsten Punkt erreicht.

Geschieht die Entzündung des Gases auf normale Weise, d. h. nicht zu früh und nicht zu spät, so muß die Kraftanwendung, um den Druck zu überwinden, ganz plötzlich ausgeführt werden; die Kurbel macht dann eine Vierteldrehung, die Explosion des Gases bewegt den Motor und die Kurbel bleibt frei.

Wenn jedoch die Entzündung des Gases zu rasch vor sich geht, d. h. bevor der Kolben (im Zylinder) den Punkt des höchsten Druckes erreicht, dann geht durch die Explosion der Kolben zurück, gibt der Kurbel, welche tief steht, einen heftigen Stoß, und die Hand, welche sich auf derselben in vertikaler Stellung befindet, erhält den Stoß auf die Handfläche in der Gegend des Ballens."

Man soll die Mechaniker gegen solche Unfälle versichern. Die Entstehungsweise war Gegenstand der Besprechung in einer Sitzung der chirurgischen Gesellschaft in Paris.

Auch Madelung hat kürzlich auf das häufige Vorkommen des Bruches bei Automobilisten aufmerksam gemacht (Ref.). Niehues-Berlin.

Einige seltene Handverletzungen.

Demonstration des Herrn Immelmann in der Freien Vereinigung der Chirurgen Berlins am 12. Dezember 1904.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1905. Nr. 9. S. 364.)

Der erste Fall betraf einen Patienten, der sich beim Auswringen eines Beutels durch Distorsion des linken Handgelenkes einen Bruch des Os naviculare zuzog. Der zweite die äußerst seltene Luxation der Grundphalanx des Mittelfingers auf die Dorsalfläche des zugehörigen Mittelhandknochens. Hier war die Verletzung durch Fall auf die gespreizten Finger der vorgestreckten Hand bedingt. Zuletzt wurde ein Radiogramm demonstriert, welches eine Fraktur der Basis der Grundphalanx des Daumens mit Abweichen des Knochens vom Os multangulum majus zeigte. Der Fall war mit der Diagnose einer Luxation zugegangen.

Für die Demonstration des ersten Falles bedient sich Vortragender neuer stereoskopischer Röntgenaufnahmen, über deren Herstellung Bemerkungen angeknüpft wurden. Ktg.

Über die Komminutivfrakturen der Handwurzel durch indirekte Gewalt.

Von Dr. R. Wolff.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905, Nr. 2, S. 33.)

Nach einem Fall aus großer Höhe auf die vorgestreckte dorsalflektierte Hand zeigte sich im Röntgenbilde eine Zerreißung der Gelenkverbindungen zwischen den proximalen und distalen Handwurzelknochen. Naviculare und Capitatum waren gebrochen; die Hand samt der distalen Handwurzelknochenreihe gegen den Vorderarm radial und etwas dorsalwärts verschoben. Der Mann wurde mit Schienen-, später Gipsverband behandelt und nach 19 Tagen entlassen. Nach einem Vierteljahr war die Hand noch geschwollen, die Bewegung sehr beschränkt, Schluß

zur Faust unmöglich. Weitere fünf Monate später war die Beugung der Hand nur um 10 Grad möglich. Eine leichte radiale Abweichung bestand fort. Der Händedruck, Zug, Stoß war schwach; jede Bewegung bis zur Grenze der Leistungsmöglichkeit rief Schmerz hervor. Die Rente betrug erst 100, nachher 60 Prozent.

Die Veränderungen hatten in diesem, wie in zwei früher beschriebenen Fällen das Gemeinsame, daß nur der proximale Bogen der Handwurzel eingebrochen war, und zwar mit Lösung der zentral gelegenen Bruchstücke aus ihrem Zusammenhange mit den Knochen und Weichteilen des Handgelenkes. Verf. sieht die proximale Reihe als den knöchernen, in sich beweglichen Meniscus des Handgelenkes an, der zwischen der festen Einheit der distalen Reihe und der bei Beuge- und Seitenbewegungen ebenfalls festen Gelenkfläche der beiden Vorderarmknochen eingeschoben ist, um die Exkursionsfähigkeit des Handgelenkes zu steigern. Fast alle indirekt entstehenden Verletzungen des Handgelenkes spielen sich in diesem Meniscus ab. Gewöhnlich zerreißen dabei auch die Bänder zwischen Lunatum und Triquetrum und das Radio-carpale volare, seltener das Dorsale und die Seitenbänder. Reposition und Konsolidation dieser Frakturen wird im allgemeinen nicht erreicht. Die im Gelenk liegenbleibenden Bruchstücke wirken als Bewegungshemmnis und chronischer Reiz. Operatives Eingreifen ist indizirt bei offenen Brüchen, um bessere Wundverhältnisse zu schaffen und Eiterung zu verhüten. Bei den subkutanen Frakturen genügt Fixation der Hand in richtiger Stellung und baldige Mobilisation der Finger. Entfernung loser Fragmente kommt in Frage, wenn dauernd Schmerzen zurückbleiben und sich ein chronischer Reizzustand im Handgelenk etabliert. Ktg.

Neurologie und Psychiatrie.

Die psychologischen Kriterien der Unzurechnungsfähigkeit.

Von Prof. Dr. Bleuler-Zürich.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. Januar 1905.)

Bleuler tritt für die ursprüngliche Fassung des Zurechnungsfähigkeits-Paragraphen im Vorentwurf zum Schweizerischen Strafrecht ein, welcher lautet:

> Art. 11. „Wer zurzeit der Tat geisteskrank oder blödsinnig oder bewußtlos war, ist nicht strafbar.
>
> War die geistige Gesundheit oder das Bewußtsein des Täters nur beeinträchtigt, oder war er geistig mangelhaft entwickelt, so mildert der Richter die Strafe nach freiem Ermessen.“

Später war diese Fassung mit Zustimmung von Stoos in dem Sinne abgeändert worden, daß es hieß (Art. 16):

> „Wer zurzeit außerstande war, vernunftgemäß zu handeln, wer insbesondere . . . . . . usw.“

„Außerstande“ sowohl, als „Vernunftgemäß“, beide Worte sind nach Bleuler völlig unbrauchbar, weil völlig von der Subjektivität des Experten abhängend, der bestenfalls einsähe, daß sie absolut unmöglich zu beantworten sind, und sich für seinen Gebrauch an den Grundsatz halten würde, daß außerstande vernunftgemäß zu handeln der Geisteskranke ist.

Was im besonderen das „außerstande“ anlangt, so ist im Einzelfall die Entscheidung, ob der Kranke auch anders hätte handeln können, eine Bilanzierung der Motive und Hemmungen eines Täters, eine absolute Unmöglichkeit.

Der Ausdruck vernunftgemäß aber ist klar in den schweren Fällen, die auch ohne Definition klar sind; für die zweifelhaften sagt er uns nichts, setzt aber für einen Begriff ein Wort ein und das ist viel schlimmer als nichts!

Mit anderen Worten: Die Formel „Unzurechnungsfähig ist, wer außerstande ist vernunftgemäß zu handeln“, ist praktisch absolut gleichwertig der anderen: „Unzurechnungsfähig ist der, den der Experte, eventuell der Richter für unzurechnungsfähig hält.“

Die Richtigkeit seiner Auffassung tut Bleuler dar, indem er auf die Hauptformen von Geistesstörung ihre praktische Nutzanwendung zieht.

Bei der Benutzung des Begriffes der Geisteskrankheit dagegen würden unklare Grenzen nur auf dem Gebiete der Übergangsfälle bleiben. Diese lassen sich in der Natur aber nicht dadurch beseitigen, daß ein Gesetz künstliche Grenzen zieht: ihre Schwierigkeiten aber lassen sich leicht beseitigen, wenn das Gesetz die Grenzfälle kennt und berücksichtigt.

> „Die „freie Würdigung“ des Gutachtens ist zurzeit so weit sie wahr ist, in psychiatrischen Dingen eine Art Unfug, im allgemeinen aber gar nicht wahr . . . . .“

Bleuler faßt seinen Standpunkt in folgenden Thesen zusammen:

1. Der Glaube, daß psychologische Kriterien eine scharfe oder nur brauchbare Grenze der Zurechnungsfähigkeit ziehen könnten, beruht auf Täuschung.
2. Gerade weil sie die unüberwindlichen Schwierigkeiten, die sich einer scharfen Abgrenzung entgegenstellen, verdecken, sind sie so gefährlich.
3. Der Begriff der Geisteskrankheit ist viel bestimmter als der irgendeiner psychologischen Definition.
4. Den tatsächlich vorhandenen Übergangszuständen kann man nur gerecht werden durch eine besondere Berücksichtigung im Gesetz, nicht durch Ignorierung oder künstliche Scheidung.
5. Die Definition der schweizerischen Psychiater ist ganz brauchbar; man täte indes vielleicht gut, den Ausdruck „bewußtlos“ umzuändern in „im Bewußtsein erheblich gestört“ oder etwas Ähnliches. Paul Bernhardt-Dalldorf.

Aus der Begutachtung Marine-Angehöriger.

Von E. Meyer.

(Archiv für Psychiatrie 1905. Bd. 39.)

Meyer hatte in der psychiatrischen Klinik zu Kiel Gelegenheit gehabt 24 Angehörige der Marine längere Zeit zu beobachten. Bei 18 handelte es sich um Feststellung der kriminellen Zurechnungsfähigkeit. Nur 2 Fälle gehörten zu den einfachen Seelenstörungen (1 typische Katatonie und 1 Hebephrenie). 6 Begutachtete waren Imbecille, wie ja erfahrungsgemäß die von Geburt Geistesschwachen mit der militärischen Disziplin und dem militärischen Strafgesetzbuch besonders häufig in Konflikt kommen. Es würde deshalb für Militär- und Justizbehörden sehr vorteilhaft sein, vorher Kenntnis von denen zu erhalten, die auf der Schule schon als schwachbegabt galten oder eine Hilfsschule besuchen mußten. In den weiteren Fällen handelte es sich 4mal um Hysterie, 1mal um traumatische Neurose, 3mal um Epilepsie und 4mal um pathologischen Rauschzustand bei psychopathischen Individuen. Es scheint, daß der Dienst bei der Marine, der aufreibender ist, als der in der Armee, Psychopathen besonders leicht verderblich wird und ihre Widerstandskraft gegen Schädlichkeiten (Alkohol usw.) bedeutend herabsetzt. Zu wünschen wäre, daß die Sanitätsberichte Mitteilungen brächten, ob etwa bestimmte Dienstzweige (Dienst auf Torpedobooten, als Heizer usw.) oder der Dienst in den Tropen eine ungünstige Wirkung auf das Nervensystem, und besonders die Psyche auszuüben scheinen. Hoppe-Uchtspringe.

Ein forensischer Fall von arteriosklerotischer Geistesstörung.

Von Oberarzt Dr. Albrecht-Treptow a. R.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1904. Nr. 21.)

Ein 43jähriger Steuereinnehmer wird wegen Unregelmäßigkeiten im Amt in Untersuchung gezogen. Nach 3 Wochen

kommt er wegen Geisteskrankheit ins Krankenhaus, und dann in die Irrenanstalt. Hier liegt er in der ersten Zeit stumpf und benommen, klagt über heftigen Kopfschmerz, regt sich kaum im Bett. Fragen faßt er schwer und langsam auf. Auffallend war bei seinen Antworten schneller Wechsel zwischen ganz verkehrten und richtigen Antworten. Bald weiß er die einfachsten Fragen nicht zu beantworten, bald erzählt er, und zwar im Lauf derselben Unterhaltung, ganz richtig Einzelheiten aus seinem Vorleben. Körperlich zeigt er Starrwandigkeit und Schlängelung der Schläfen- und Speichenschlagadern, verstärkten breiten Aortenton, fast weißen Bart, Faserzuckungen der Zunge, Schlaffheit der linken Gesichtshälfte, Unsicherheit beim Gehen, Rombergsches Symptom, Hypästhesie der Haut an den Beinen. Pupillenstörungen nicht deutlich, Sprache langsam. Später besserten sich die psychischen und somatischen Erscheinungen, doch blieb Vergeßlichkeit und Weinerlichkeit bestehen. Das Krankheitsbild entspricht dem arteriosklerotischen Irresein, zumal mit dem sprunghaften Wechsel zwischen geistiger Klarheit und völligem Versagen der Geisteskräfte. Gegen eine Melancholia cum stupore spricht das Fehlen des ängstlichen Effekts und die körperlichen Erscheinungen, gegen Dementia senilis das Alter. Am ehesten wäre an eine progressive Paralyse zu denken. Doch fehlt die Pupillenstarre und die typische Sprachstörung, sowie der progressive Verlauf. Gegen Simulation sprachen die nicht vorzutäuschenden körperlichen Erscheinungen. Auch würde ein Simulant kaum auf den Gedanken kommen, bald falsch, bald richtig zu antworten. Daß beim Kranken die Arteriosklerose so frühzeitig auftrat, beruhte nach den Erhebungen wahrscheinlich auf familiärer Anlage. Lehfeldt.

Die Syringomyelie und ihre Beziehungen zur sozialen Gesetzgebung.

Von Dr. W. Stempel, Dir. Arzt des Diakonissenkrankenhauses Bethlehem, Breslau.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 73, S. 481).

Obgleich die Syringomyelie keineswegs zu den seltenen Erkrankungen gehört, ist sie einer großen Mehrzahl der Ärzte so gut wie unbekannt.

Das Krankheitsbild ist in den meisten Fällen wohl ausgebildet und bei genauer Untersuchung unschwer zu erkennen. Wir finden bei ihr Störungen auf motorischem, sensiblem, trophischem und sekretorischem Gebiet. Von den motorischen sind im Beginn der Erkrankung die Muskelatrophien, zu denen sich später spastische Paresen und motorische Reizerscheinungen gesellen, am konstantesten.

Die für die Erkrankung charakteristischsten Erscheinungen finden sich auf sensiblem Gebiet, nämlich typische Störungen der Schmerz- und Temperaturempfindung. Hypo- und Anästhesien in meist symmetrischer Anordnung sind mit starker Abnahme oder völligem Verschwinden der Temperaturempfindung verbunden. Es kommt daher häufig im Anschluß an nicht empfundene kleine Verletzungen zu heftigen Verbrennungen und schweren Phlegmonen.

Die trophischen Störungen betreffen in erster Linie die Haut und ihre Gebilde; es finden sich ödematöse Durchtränkungen der Finger und Hände, die zu walzenförmigen Verunstaltungen führen; die Nägel sind oft verdickt, rissig, spröde und mißgestaltet. Daneben bilden sich Veränderungen der Knochen und Gelenke aus, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit den bei Arthritis deformans vorkommenden besitzen. Nicht selten beobachtet man auch eine Verbiegung der Wirbelsäule in Form einer Skoliose. — Die Schweißabsonderung kann vermehrt und vermindert sein.

Geht die Höhlenbildung im Rückenmark auf die Medulla über, so finden sich naturgemäß Veränderungen bulbärer Natur.

Differentialdiagnostisch kommen Tabes (Vorherrschen der Ataxie), amyotrophische Lateralsklerose (Fehlen von trophischen Störungen bei Beschränkung der Sensibilitätsstörungen auf einzelne Gliedabschnitte), spastische Spinalparalyse (Fehlen der Sensibilitäts- und trophischen Störungen), multiple Sklerose (nur mäßiger Grad von Muskelatrophie und Empfindungsstörung), progressive Muskelatrophie und Dystrophia musculorum progressiva (Fehlen der Sensibilitätsstörungen), sowie die Hysterie, die zu schweren Täuschungen führen kann, in Betracht. Auch mit Arthritis deformans und Lepra ist die Krankheit verwechselt worden. —

Bei der Beurteilung des Erkrankten in bezug auf die Invaliditätsversicherung handelt es sich, da Teilrenten nicht gewährt werden, darum, festzustellen, ob der Antragsteller trotz seiner Krankheit noch ein gewisses Maß von Arbeit leistet, welche ihm das Erreichen einer vom Gesetz genau vorgeschriebenen Summe, der Mindestverdienstgrenze, gestattet oder nicht.

Bei der bisher üblichen Art und Weise der Beurteilung haben die Versicherungsgesellschaften schlecht abgeschnitten, da man bisher bei feststehender Diagnose ohne weitere Reflexionen die Rente zu bewilligen pflegte. Es ist jedoch notwendig, hierin gewisse Modifikationen eintreten zu lassen. Der Verlauf der Erkrankung ist meistens ein langsamer, und der krankhafte Prozeß begrenzt sich oft früh und für Jahrzehnte lang, so daß es dem Erkrankten sowohl im landwirtschaftlichen, als auch in vielen industriellen Betrieben möglich ist, die Mindestgrenze zu erreichen.

Wenn es auch auf den ersten Blick scheinen möchte, daß Kranke, welche neben Atrophien der Armmuskeln noch schwere trophische Veränderungen der Finger und Hände zeigen, zur Verrichtung jedweder Handarbeit unfähig sind, so lehrt doch die Erfahrung, daß sie alle gröberen Arbeiten noch recht gut und ziemlich andauernd zu verrichten vermögen. Selbstverständlich ist die Ausführung aller der Arbeiten, welche wie die Handarbeiten, die Arbeiten in Spinnereien, Webereien u. dgl. feine Hand- und Fingerbewegungen erfordern, unmöglich.

Man kann daher annehmen, daß jugendliche, im übrigen gesunde und kräftige Kranke, bei denen sich die Erscheinungen auf die oberen Gliedmaßen beschränken und paretische Erscheinungen an den Muskeln fehlen, noch imstande sind, die Mindestgrenze zu erreichen. Lassen sich jedoch spastisch-paretische Zustände der Muskeln an den oberen oder besonders an den unteren Gliedmaßen nachweisen, führt die vorhandene Skoliose durch Umlagerung der Eingeweide zu Hemmungserscheinungen, sind tabische Symptome, Ataxie, Blasen- und Mastdarmstörungen, oder bulbäre Erscheinungen vorhanden, oder besteht dauernde Neigung zu schweren septischen Erkrankungen nach Schrunden und Rissen an den Fingern, so ist stets dauernde Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Das gleiche gilt beim Vorhandensein von Gelenkversteifungen an den unteren Gliedmaßen infolge von Knochenveränderungen. Ein Befallensein der Gelenke der oberen Extremitäten bedingt jedoch nicht von vornherein Arbeitsunfähigkeit.

Wesentlich andere Gesichtspunkte kommen bei der Beurteilung der Beziehungen der Syringomyelie zu der Unfallgesetzgebung in Frage. Es liegt nahe, die Entstehung der Krankheit auf ein Trauma zurückführen zu wollen, welches eine lokale schwere Schädigung des Rückenmarks verursachte, die entweder in einer direkten Verletzung oder in einer Durchtränkung des Marks mit Blut (Hämatomyelie) bestehen kann. Zweifellos sind solche Verletzungen imstande, eine Krankheit hervorzurufen, welche pathologisch-anatomisch und klinisch die gleichen Befunde liefert, wie die Syringomyelie. Und doch sind beide Prozesse grundverschieden, da bei der durch die Verletzung

hervorgerufenen Erkrankung die Symptome niemals fortschreiten, vielmehr stets stationär bleiben oder sich sogar bessern. Dies geschieht bei der Syringomyelie nicht; sie bleibt eine Erkrankung für sich; ihre Entstehung durch eine Verletzung ist durch nichts bewiesen.

Anders liegen die Verhältnisse, wenn es sich darum handelt, zu beurteilen, ob eine Syringomyelie durch ein Trauma verschlimmert und in ihrem Verlaufe beschleunigt wurde. Eine solche Möglichkeit muß ohne weiteres zugegeben werden, da es einleuchtet, daß unscheinbare, durch eine Verletzung hervorgerufene Markläsionen in einem bereits erkrankten Rückenmark einen rascheren Zerfall der noch normalen Teile und ein Zugrundegehen neuer nervöser Elemente mit nachfolgenden Ausfallserscheinungen veranlassen können.

Nicht ganz so einfach ist die Beurteilung gewisser Veränderungen bei Syringomyeliekranken, welche sowohl Unfallfolgen darstellen, als auch lediglich durch die Krankheit bedingt sein können und sich mit einem Betriebsunfall nicht in Verbindung bringen lassen. Entwickeln sich im Anschluß an Risse und Schrunde in der atrophischen Haut phlegmonöse Prozesse, so ist es nicht angängig, diese Folgen auf einen Betriebsunfall zurückzuführen. Das ist erst dann statthaft, wenn der Hautdefekt durch einen Unfall, eine Verletzung bei der Arbeit entstanden ist. Dieser Nachweis gelingt oft nur schwer, da infolge der Herabsetzung des Gefühls kleine Verletzungen gar nicht empfunden und beachtet werden. Man versäume daher in solchen Fällen nie, bei der ersten Untersuchung die Eingangsöffnung festzustellen, um aus deren Beschaffenheit vielleicht Schlüsse auf ihre Entstehung ziehen zu können.

Einfacher gestaltet sich in den meisten Fällen die Beurteilung der bei Syringomyelie häufig beobachteten Frakturen, wenn ein nach den gesetzlichen Bestimmungen als Unfall anzusehendes Ereignis ihre Entstehung bedingt hat. Wir wissen jedoch, daß bei der Syringomyelie wahrscheinlich auf Grund der durch die Rückenmarkserkrankung bedingten Störungen im Knochensystem sehr häufig spontane Frakturen entstehen können. In solchen Fällen müssen wir nach ähnlichen Gesichtspunkten verfahren, wie bei der Beurteilung der Hernien. Ist der Bruch im Verlaufe der tagtäglich geübten und über dem Rahmen der gewohnten Beschäftigung nicht hinausgehenden Arbeit entstanden, so ist ein Betriebsunfall nicht anzuerkennen. Ging dagegen die das Ereignis bewirkende Verrichtung über das Maß des gewöhnlichen hinaus, so werden wir einen Unfall anzunehmen berechtigt sein. Eine Rentenentschädigung kommt auch in diesen Fällen nicht häufig in Frage, da trotz der Knochenerkrankung die Brüche vor Ablauf der 13. Woche zu heilen pflegen.

Es könnte noch die Frage aufgeworfen werden, ob nicht durch die Fraktur, die zunächst anscheinend gut verheilt ist, eine Verschlimmerung des Grundleidens bedingt wurde. Man hat als verbindendes Glied zwischen beiden eine chronische ascendierende Neuritis angenommen, doch ist ihr Vorkommen bisher nicht bewiesen. Ein Zusammenhang ist wenig verständlich; die Möglichkeit eines solchen soll jedoch nicht absolut geleugnet werden. Man muß dann jedoch verlangen, daß eine sichtliche Verschlechterung unmittelbar oder kurze Zeit nach dem Unfall eintritt, wenn z. B. nach einem Bruch der Vorderarmknochen die bis dahin anscheinend normalen Muskeln in wesentlich höherem Grade als sonst währerd des Heilungsprozesses eines Bruches, zu atrophieren beginnen, und sich deutliche spastisch-paretische Erscheinungen in der Muskulatur einstellen, die auf der anderen Seite fehlen. Machen sich die Erscheinungen jedoch nicht nach einem Jahr und noch später bemerkbar, so werden sie sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit nicht auf die Verletzung allein beziehen lassen, sondern ebenso sehr in der naturgemäßen Weiterentwicklung des Leidens bedingt sein. Niehues-Berlin.

Über Knochenatrophie bei Syringomyelie.

Von Fritz Tedecko.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 4.—6. Heft.)

Wenig bekannt und beachtet ist bei der Syringomyelie die unter dem Bilde der chronischen Knochenatrophie verlaufende Form. Dabei erscheint die äußere Form der Knochen nicht verändert, wohl aber die Struktur des betreffenden Skelettabschnitts. Das Schattenbild ist im ganzen mäßig aufgehellt, die Corticales der Diaphysen sind verschmälert und aufgelockert, die Spongiosen sind rarefiziert. Es ist also das Bild einer Osteoporose, einer Atrophie des Skeletts ohne Verschmächtigung der Knochen. An den betroffenen Extremitäten findet sich vielfach Muskelatrophien, trophische Läsionen der Haut (Skleroderma, Glossy skin), Nagelveränderungen (Rissigsein, abnorme Riefung, krallenartige Verkrümmung, Glanzlosigkeit) sowie angioneurotische Störungen (Zyanose, akute Ödeme, Anomalien der Schweißsekretion). Inaktivität spielt bei der Knochenatrophie keine wesentliche Rolle: der Knochenprozeß verläuft latent, bis etwa eine Spontanfraktur auf ihn hinweist. Die erhöhte Brüchigkeit erklärt das Entstehen von Osteoarthropathien. Ernst Schultze.

Über Tabes und Taboparalyse im Kindes- und Entwicklungsalter.

Von Karl Hagelstam.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 Heft 3.)

Verf. verwertet zu seiner Arbeit einschließlich dreier von ihm in der Oppenheimschen Poliklinik beobachteten Fälle 45 Fälle. In der überwiegenden Zahl kann die Erkrankung auf eine hereditäre Syphilis zurückgeführt werden. Erbliche Belastung ist sehr viel häufiger als bei der Tabes der Erwachsenen, und zwar meist in der Form von Tabes, progressiver Paralyse oder Gehirnsyphilis der nächsten Aszendenz. Im frühen Alter erkrankt das weibliche Geschlecht gegenüber dem männlichen öfter an Tabes als im späteren Alter. Bei der Tabes der Jugendlichen fehlen oft Ataxie, sensible Störungen, namentlich ausgeprägtere lanzinierende Schmerzen. Häufig finden sich Augensymptome, insbesonders Sehnervenatrophie, und Blasenbeschwerden. Die Fälle juveniler Tabes verlaufen sehr langwierig und bieten zuweilen jahrelang das Bild einer beginnenden Tabes. Man kann sich fragen, ob das nicht die scheinbar in späterem Alter beginnenden Fälle mit Leugnen einer syphilitischen Infektion sein können. Ernst Schultze.

Ein Beitrag zur Pathologie und Histologie des „tabischen Fußes“.

Von N. Idelsohn.

(Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. und 2. Heft.)

Verf. untersuchte einen Fall von tabischem Fuß mit allen Symptomen der talischen Arthropathie (geringe Schmerzhaftigkeit, torpider Verlauf ohne Entzündung, Verkürzung des Fußes, Abflachung des Fußgewölbes, Verlötung der Fußwurzelknochen), während fast alle klassische Zeichen der Tabes fehlten. Im Rückenmark fand sich die klassische Hinterstrangdegeneration. Verfasser spricht sich gegen die Annahme einer trophischen Störung spinaler Genese aus und ist mehr geneigt, die Erkrankung des Gefäßsystems, die mangelhafte Blutzufuhr durch die verengten Arterien und den behinderten Abfluß durch die sklerosierten Venen, für die Gelenkaffektion verantwortlich zu machen. Häufig ist die Kombination des tabischen Fußes mit Plattfuß. Ernst Schultze.

Die primäre Seitenstrangsklerose (spastische Spinalparalyse).

Von Adolf Strümpell.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 3. u. 4. Heft.)

An der Hand von drei weiteren klinischen und anatomischen Beobachtungen betont Verfasser, daß die spastische Spinal-

paralyse im Sinne einer primären Seitenstrangsklerose als vollkommen wohlcharakterisierte besondere Krankheitsform aufgefaßt werden muß. Diese Symptome sind Muskelrigidität im Sinne einer Hypertonie der Muskeln und Steigerung der Sehnenreflexe; paretische Symptome treten in den Hintergrund. Natürlich muß eine echte Lähmung von der Bewegungshemmung durch die spastischen Erscheinungen getrennt werden. Während Babinsky weniger deutlich ist, ist das Tibialisphänomen deutlich.

Die primäre Pyramidenbahnsklerose ist ein Glied der großen, eng zusammengehörigen Gruppe von endogenen, nervösen Systemerkrankungen; sie zeigt Übergänge zu andern verwandten Krankheitsformen wie z. B. zur ampotrophischen Lateralsklerose.

Verf. unterscheidet verschiedene Typen: einmal langsames Fortschreiten, später Auftreten von Paresen, Beschränkung auf die unteren Gliedmaßen, dann relativ rascheres Fortschreiten, Ausdehnung auf die gesamte Pyramidenbahn, spastische Symptome in den bulbozerebralen Gebieten, Neigung des Prozesses zum Übergang auf die peripherischen motorischen Neurone.

Ernst Schultze.

Zur Kasuistik der multiplen Herdsklerose des Gehirns und Rückenmarks.

Von Dinkler.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 26 Heft 3.)

Die 43 Jahre alte Kranke beobachtete in ihrem 25. Jahre Ermüdung und zunehmende Schwäche der Beine; im Anschluß daran lange Zeit hindurch das Bild der spastischen Paraparese, öfters Schwindel mit Ohrensausen. Seit vier Wochen völlig gelähmt. Jetzt Dekubitus. Temporale Abblassung der Papillen. Lähmung des rechten internus. Vollkommene Lähmung der Beine. Keine Sensibilitätsstörung. Haut- und Sehnenreflexe vorhanden, aber verschieden stark auf den zwei Seiten. Babinski. Keine psychische Störung. Sichere Diagnose wurde nicht gestellt. Exitus unter dem Bild einer septischen Allgemeininfektion. Die Sektion ergab multiple Sklerose mit ungewöhnlichen Befunden (zahlreiche, umschriebene, kleine Herde in der Hirnrinde, diffus verbreitete Umscheidung der cortikalen Ganglienzellen durch Gliazellen, tumorartige Hyperplasie der Rückenmarkswurzeln).

Ernst Schultze.

Ein Fall von Hämatomyelie im Anschluß an eine Karzinommetastase im Leudenmark.

Von Taniguchi Kichitaro.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. u. 2. Heft.)

Die Mitteilung verdient deshalb eine Erwähnung, weil die Blutung, die durchaus der bekannten Schilderung von Minor entspricht, nicht auf eine Verletzung, sondern auf eine intramedullare Geschwulstentwicklung zurückzuführen ist.

Ernst Schultze.

Ein Fall von symmetrischer Gangrän der Extremitäten nach Pneumonie.

Von Wolfgang Seidelmann.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. Bd. 27 1. und 2. Heft.)

Die 29 Jahre alte Frau erkrankte im Anschluß an ein Wochenbett an doppelseitiger Pneumonie. Nach deren Abheilen Hämorrhagien der Haut der Hand, Schmerzen, Kältegefühl, Kriebeln sowie Zyanose der Fingerspitzen, Zunahme der Schmerzen, Schwellung der Finger und des Handrückens, kurz andauernde weiße Verfärbung und Kälte der von Zyanose zunächst nicht betroffenen Stellen, Gangrän, Mumifikation der ergriffenen Phalangen. Gleicher Prozeß auch an sämtlichen Zehen beider Füße. Vorübergehende Zyanose beider Ohrläppchen ohne Ausgang in Gangrän.

Mit dem Bilde der typischen Raynaudschen Krankheit stimmt der vorliegende Fall überein hinsichtlich der Symmetrie, der vasomotorischen Störungen und Gangrän; andrerseits verlief der Prozeß nicht anfallsweise, sondern kontinuierlich, und es fehlte nicht an einer Ursache (Pneumonie, vielleicht auch partus.)

Ernst Schultze.

Zur Pathogenese der Narkosenlähmung.

Von Dr. Glitsch, Frauenarzt, Stuttgart.

Vortrag gehalten in der Württb. geb.-gyn. Gesellschaft.

(Münch. Med. Woch. 1904. Nr. 42.)

Nach $1^1/_4$ stdg. Morphiumchloroformnarkose trat bei einer 44jährigen Nullipara trotzdem sicher der Arm nicht dauernd in erhobener Stellung gehalten worden war, eine schlaffe Lähmung des linken Armes ein, welche mit starken lancinierenden Schmerzen vereint war. Es kann sich dabei nicht um eine reine Drückung des Plexus brachialis zwischen 1. Rippe und Schlüsselbein gehandelt haben, wie in den meisten Fällen von Narkosenlähmung, sondern es muß ein direkter Druck des Oberarmkopfes auf die Nervenstränge mitgewirkt haben, so daß Medianus, Axillaris, Radialis und Ulnaris betroffen wurden. Ermöglicht wird dieser Druck wie Leichenversuche erwiesen nur bei Aufwärtshaltung und gleichzeitiger Innenrollung des Armes bei abnorm schlaffer Gelenkkapsel, welch letztere bei der Patientin in der Tat bestand infolge eines chronisch entzündlichen Gelenkleidens der linken Schulter. Auf Faradisation, Galvanisation sowie Wärmeanwendung auf das Gelenk vermittelst Hilzingerschen Apparates wurde in etwa 5 Monate dauernder Behandlung das Leiden gehoben. Der Fall erweist, daß die noch immer angewendete Erhebung der Arme bei Narkosen, ganz besonders aber das Anbinden der Hände in dieser Stellung unbedingt zu verwerfen und daß der Narkotisierende die Pulskontrolle bei an den Körper gelegten Armen zu ermöglichen hat; als gerichtlich wichtig zu betrachten ist, daß eine Abnormität irgendwelcher Art im Bereich des Schultergelenkes bei derartigen Lähmungen — häufig wenigstens — eine prädisponierende Rolle spielt.

Seelhorst.

Vergiftungen.

Über Quecksilber-Sepsis.

Von H. Eichhorst.

(Medizinische Klinik 1905. Nr. 4.)

Durch sorgfältig überwachten Gebrauch des Quecksilbers ist man heute dahin gelangt, daß das Eintreten einer Stomatitis mercurialis zwar als unangenehm, aber doch nicht als gefahrdrohend betrachtet wird. E. teilt zwei durch Sepsis tödlich verlaufene Fälle mit. Der erste betraf einen Arbeiter, der sich die Vergiftung durch Einatmen von Quecksilberdämpfen bei seiner Beschäftigung zugezogen hatte. Er wurde am 6. Februar 1904 mit schwerer Stomatitis, aashaftem foetor ex ore, septischer Endocarditis mit Klappenaffektion und doppelseitigem Pleuraexsudat aufgenommen und starb acht Tage später. Im zweiten Falle handelte es sich um arzneilichen Mercurialismus nach Syphilisinfektion. Die Aufnahme erfolgte am 5. Februar 1893; der Tod am 5. März. Hier blieb zwar das Herz unbeteiligt, dagegen machten sich Zeichen von Blutdissolution, Nieren- und Darmentzündung geltend; die sich in Hautblutungen, blutigen Durchfällen und Albuminurie manifestierten. Es waren nur elf Inunktionen gemacht und die Behandlung sofort aufgegeben, als Patient über Schmerz in einem Zahn klagte, noch ehe die Stomatitis da war. Beide Fälle, der gewerbliche wie der medikamentöse, hatten das gemeinsame, daß die Sepsis an die Mundkrankung anschloß. Bei beiden bestand außer den erwähnten Erscheinungen ein furchtbarer, jeder Beeinflussung trotzender Gestank aus dem Munde; bei beiden wurden außerdem pneumonische Herde, bzw. Lungenabszesse gefunden, deren Entstehung auf das Hinabfließen jauchigen Speichels in die Lungen bezogen wird. E. sieht die Sepsis nach merkurieller Stomatitis

als eine sehr ernste Erkrankung an, deren Gefahren auch dann nicht gehoben sind, wenn die Entzündung der Mundschleimhaut sich zur Heilung anschickt. Ktg.

Über Leuchtgasvergiftungen.

Von K. Heidenreich.

(Sonderabdruck aus dem „Journal für Gasbeleuchtung und Wasserversorgung" 1904.)

In seiner Eigenschaft als Geschäftsführer der Gas- und Wasserwerks-Berufsgenossenschaft bespricht H. vom Standpunkt dieser die Häufigkeit, Verhütung und Wirkung der Leuchtgasvergiftung. Er erläutert zunächst in zwei graphischen Darstellungen die Unfälle in den Gasanstalten überhaupt. Die eine umfaßt alle von 1889 bis 1902 vorgekommenen entschädigungspflichtigen Unfälle in der für alle industriellen Berufsgenossenschaften eingeführten Verteilung nach allgemeinen Betriebseinrichtungen und Vorgängen und vergleicht sie mit der durchschnittlichen Gefahr aus dem Jahre 1902 bei den anderen gewerblichen Berufsgenossenschaften. Dabei stellt sich z. B. heraus, daß die Unfälle durch „feuergefährliche, heiße und ätzende Stoffe" (also auch Leuchtgas) nur 7,31% bei einer Durchschnittsgefahr von etwa 4% betragen, daß sich dagegen die Unfälle durch „Fall von Leitern, Treppen, aus Luken, in Vertiefungen" etc. auf 34,02% bei einer Durchschnittsgefahr von über 15% belaufen. Die zweite graphische Darstellung enthält die von 1887—1902 in den Gasanstalten vorgekommenen entschädigungspflichtigen und nichtentschädigungspflichtigen Unfälle, verteilt auf die Betriebe der Gasanstalten. Vieler interessanter Einzelheiten wegen sei auf die Tabellen selbst verwiesen; aus der zweiten sei nur hervorgehoben, daß die Prozentziffer der Unfälle bei der Rohrlegung (10,2%) hinter der Prozentzahl der Unfälle bei der öffentlichen Beleuchtung (10,5%), beim Laden der Retorten (12,2%) und gegen die Rubrik „Verschiedenes" (14,2%) zurückbleibt. Dabei sind die Rohrlegungsunfälle nur zum kleinen Teil Leuchtgasvergiftungen. Was diese selbst nun anbelangt, so sind in dem Zeitraum vom 1. Oktober 1885 bis 1903 bei 30 Unfällen 37 Menschen getötet worden. Dies macht bei der Berufsgenossenschaft der Gas- und Wasserwerke 0,1% der überhaupt gemeldeten Unfälle, 1,3% der entschädigungspflichtig gewordenen, 11,7% der tödlichen Unfälle aus. Diese hohe Todesziffer nun fordert zum weiteren Ausbau der Gegenmaßregeln auf. Im März 1904 sind daher von dem Vorstand der Berufsgenossenschaft noch umfassendere Vorschriften ausgearbeitet worden, von denen das Arbeiten mindestens zu zweien, das tunlichste Vermeiden der Richtung des ausströmenden Gases, das eventuelle Anseilen hervorgehoben werden soll. Hohes Interesse dürfte auch die besondere Vorschrift für die Arbeiter verdienen: „Wenn ein Arbeiter das Einatmen von Gas, selbst in kleinen Mengen nicht vertragen kann, so ist dies den Vorgesetzten anzuzeigen, damit dieser Arbeiter zu solchen Arbeiten nicht verwendet wird. Fühlt ein Arbeiter Beschwerden infolge Einatmens von Gas, so hat er die Arbeit sofort zu unterbrechen und nötigenfalls einzustellen." H. erörtert die Möglichkeit, über diese Vorschriften hinaus zu erwägen, ob der Verschluß von Öffnungen nicht anders als durch die bisweilen schlecht funktionierenden Gummiblasen zu bewerkstelligen sei, ob auch nicht schon während der Arbeit ein Auspumpen schlechter Luft vorgenommen werden solle. Wenn auch immerhin Leuchtgasvergiftungen auf technische Mängel zurückzuführen sind und sich niemals ganz verhüten lassen werden, so haben sie doch in der weitaus größten Zahl ihre Ursache in dem Verhalten der Arbeiter, wie H. ausführlich aktenmäßig nachweist. Was nun die Wirkung der Leuchtgasvergiftung anbelangt, so kommt H. auf Grund seiner 17jährigen Erfahrung als Geschäftsführer der genannten Berufsgenossenschaft, ohne Kompetenz für eine Entscheidung zu beanspruchen, zu folgender Ansicht: führt die Leuchtgasvergiftung nicht zum Tode — nach den Stellungen der Erstickten zu schließen, tritt dieser bisweilen sehr schnell ein — so bleibt dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht zurück. H. führt ein einschlägiges, in der ärztlichen Sachverständigen-Zeitung (Jahrg. 1901 Nr. 16) veröffentlichtes Gutachten an, während er sich mit einem anderen, ebenda (1901, Nr. 17) veröffentlichten Gutachten nicht einverstanden erklären kann, das den übrigens schließlich anerkannten Zusammenhang zwischen Nervenleiden und wiederholter Leuchtgas-„Angiftung" bejaht.

Ziegenhagen-Danzig.

Zur Frage der Methylalkoholvergiftung. Poisoning by Woodalcohol, Cases of Death and Blindness from Columbian Spirits and other Methylated Preparations.

Von Dr. F. Buller u. Dr. C. A. Wood.

The Journal of the American Medical Association vom 1., 8., 15., 22. und 29. Oktober 1904. Ref. nach Petersburger med. Wochenschr., 1905, No. 4.

1. Methyl- oder Holzalkohol in irgend einer seiner Formen, wie auch alle aus demselben hergestellten Präparate sind ein gefährliches Gift, welches sowohl das Leben, als auch das Sehvermögen bedroht.

2. In seiner desodorisierten Form ist er am besten bekannt als Columbiaspiritus, gereinigter Holzalkohol, Kölner Spiritus, Kolonialspiritus, Musterholzspiritus, Unionsspiritus, Adlerspiritus, grüner Holzspiritus und unter verschiedenen andern Namen.

3. Er wird als Fälschung und Ersatz des Kornalkohols bei billigem Whisky und anderen Getränken gebraucht, abgesehen von Jamaica-ginger, Zitronenextrakt und vielen anderen Essenzen und wohlriechenden Flüssigkeiten.

4. Methylalkohol findet eine weit verbreitete Verwendung bei der Zubereitung von Geheim- und Patentmitteln: Zauberstrauch (witch hazel), häuslichen Einreibungen, wie etwa Bayrum, Kölner Wasser, Floridawasser und anderen Parfüms.

5. Bis jetzt sind mindestens 153 Fälle von Sehstörung und 122 Todesfälle durch dieses Gift bekannt geworden, im ganzen 275 Fälle von Verlust des Lebens und des Sehvermögens. Diese Summe wäre wahrscheinlich auf 400 vergrößert worden, falls eine genauere Enquête angestellt worden wäre.

6. Die Schädigung des Sehorgans besteht hauptsächlich in einer destruktiven Entzündung der Sehnervenfasern oder der Retinalelemente (oder beider) mit nachfolgender Atrophie derselben.

7. Die Symptome der Vergiftung sind mehr oder weniger schwere gastrointestinale Störungen, kompliziert mit Leibschmerz, allgemeiner Schwäche, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel, Kopfschmerz, erweiterten Pupillen und Sehstörungen. Falls keine Genesung eintritt, werden Schwächung der Herztätigkeit, stöhnendes Atmen, kalte Schweiße, Delirium, Bewußtlosigkeit, Koma und Tod beobachtet.

8. Die Sehstörung ist beiderseitig und kann binnen weniger Stunden nach Aufnahme des Giftes eintreten oder auf einige Tage hinausgeschoben sein. Sie ist gewöhnlich vollständig, mit nachfolgender Besserung oder endgültigem Verfall in dauernde Blindheit.

9. Die Gesichtsfelder sind eingeengt und zeigen absolute zentrale Skotome. Das Ophthalmoskop zeigt zunächst eine kongestionierte Sehnervenpapille mit nachfolgender grauer oder weißer Atrophie und kontrahierten Gefäßen.

10. Eine Fehldiagnose ist kaum möglich; die Methylalkoholvergiftung bietet ein Krankheitsbild, das keiner anderen Intoxikation gleicht. Akute Verdauungsstörungen mit nachfolgender Störung des Sehvermögens müssen stets Verdacht auf Methylalkoholvergiftung erwecken.

11. Die Vorbeugung der Vergiftung durch diese heimtückische Droge kann nur durch Verbot des Verkaufs des desodorisierten Methylalkohols in allen seinen Formen durchgeführt werden. Die Zahl der Todesfälle kann indessen durch Ein-

tragung aller Methylalkoholpräparate in die Giftliste und durch die gerichtliche Verfolgung aller Personen, welche Nahrungsmittel und Getränke mit demselben verfälschen, eingeschränkt werden. Die Etikettierung derselben mit der Bemerkung: „Diese Flüssigkeit ist imstande, beim innerlichen Gebrauch Blindheit zu erzeugen“, kann gewiß einen abschreckenden Einfluß haben.

12. Die Methylalkoholvergiftung stellt das Beispiel eines Giftes dar, gegen welches Idiosynkrasie beobachtet wird. Wie gegen manche anderen Gifte sind manche Personen in hohem Grade immun gegen den Methylalkohol, soweit die dauernde Schädigung des Organismus in Betracht kommt. Wenn zehn Personen z. B. vier Unzen Columbiaspiritus binnen drei Stunden austrinken, so werden alle wohl Verdauungsstörungen haben, vier werden sterben und zwei von den letzteren werden vor dem Tode erblinden, sechs, von denen zwei dauernd erblinden würden, könnten vielleicht mit dem Leben davonkommen. Bei noch größeren Dosen wird die Proportion der Todes- und Erblindungsfälle größer sein.

13. Vergiftung durch Einatmung der Dämpfe des Methylalkohols tritt gewöhnlich ein, wenn die Exhalationen mit der wieder eingeatmeten Luft vermischt sind, wie beim Lackieren des Innern von Bierfässern, in kleinen Räumen usw. Es ist gleichfalls höchst wahrscheinlich, daß wiederholte oder sogar eine einmalige Einreibung mit Methylalkohol durch Absorption des Spiritus von der Haut Vergiftungssymptome hervorrufen können.

14. Eine chronische (oder partielle) Vergiftung mit Methylalkohol (in Gestalt von Schnäpschen des methylalkoholhaltigen Jamaica-ginger, Bayrum, aus Columbiaspiritus hergestellten Punsches usw.) ist die heimtückischste und wahrscheinlich eine nicht ungewöhnliche Form der Vergiftung. Ihre Symptome sind nicht so ausgesprochen oder so leicht zu erkennen, wie die der akuten Form, aber die Augen, der Verdauungsapparat und das Nervensystem leiden unzweifelhaft.

15. Die Benutzung des Äthylalkohols oder Kornspiritus in den Künsten, sowie in den Gewerben: beim Anstreichen, als Brennflüssigkeit, zur Steifung der Hüte, zum Lackieren von Messing usw. ist ohne Gefahr für Leben und Sehvermögen. Durch die Hinzufügung eines kleinen Prozentsatzes von Naphthalin z. B. würde die Flüssigkeit ungenießbar sein. Eine Kombination mit 10 v. H. Holzalkohol könnte derselben Aufgabe entsprechen. Eine solche Mixtur ist der großbritannische „methylated spirit“, durch welchen nicht ein einziger Fall von akuter Vergiftung oder Methylalkoholamaurose beobachtet worden ist, trotz der ausgedehnten kommerziellen Verwendung von Methylalkoholpräparaten auf den Britischen Inseln.

16. Die Behandlung der Methylalkoholvergiftung besteht hauptsächlich in der Entfernung des Giftes aus dem Magen und dem Darm mit Hilfe der Magenpumpe und durch Mastdarminjektionen, Stimulantien, namentlich Äthylalkohol, Strychnin und Kaffee, Erwärmung des Körpers und der Extremitäten.

17. Die Behandlung der Amaurose ist unbefriedigend. In den frühen Stadien Pilocarpin und Jodkalium, später Strychnin subkutan und per os. Lb.

Schwere Nephritis nach Einreibung eines Scabiösen mit Perubalsam.

Von Privatdozent Dr. A. Gaßmann aus der Hautabteilung der medizinischen Klinik in Basel.
(Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 30.)

Ein anscheinend gesunder 26jähriger Töpfer erkrankte nach zweimaliger Einreibung mit je 25 g Perubalsam 2 Tage später an schwerer Nierenentzündung.

Das angewandte Mittel entsprach den zu stellenden chemischen Anforderungen, nur die Kalkhydratprobe sprach für Beimischung fremder Harze und eine schwache Verunreinigung mit Styrax ließ sich nachweisen.

Es mußte daher eine Idiosynkrasie des Patienten gegen das Mittel angenommen werden, wobei allerdings bemerkt werden muß, daß der Nachweis, ob etwa vor der Kur eine leichte chronische Nephritis schon bestand, unterblieben ist. Seelhorst.

Über eine Vergiftung mit Helleborus niger.

Von E. Fürth in Dervent (Bosnien.)
(Med. Klinik 1905. Nr. 14. S. 330.)

Ein 18 jähriger junger Mann aß den Inhalt dreier Samenkapseln von Helleborus niger. Nach drei Stunden trat er in die Behandlung. Die Intoxikationserscheinungen waren die der Narcotica-acria. Kratzen im Schlunde, Durstgefühl, Verlangsamung des Pulses, Erweiterung der Pupillen, endlich sensorielle Benommenheit. Magenausspülung, hohe Darmeingießung und Brechmittel beförderten noch pflanzliche Reste heraus. Danach schnelle Besserung. Doch hielt die Pupillenerweiterung zwei, Kopfschmerz und Durstgefühl drei Tage an. Das genossene Samenquantum wird auf 40—70 cg veranschlagt; als wirksamer Bestandteil dürfte Helleborin anzusehen sein. Ktg.

Vergiftung durch Tomaten.

(Journ. méd. de Bruxelles 1904. Nr. 85.)

Im Lyon médical werden zwei Fälle von Vergiftung durch den Genuß nicht völlig reifer Tomaten mitgeteilt. Die Symptome waren lebhafte Koliken mit Durchfällen, Eingenommenheit des Kopfes und Erweiterung der Pupille. Die Tomate ist bekantlich eine Solanee. Aus den Erscheinungen ist zu schließen, daß es sich um die Wirkung eines ähnlichen Giftes handelte, wie nach dem Genuß unreifer oder schlecht gewordener Kartoffeln beobachtet ist.

Beitrag zur Kenntnis des Botulismus.

Von M. Kob.
(Mediz. Klinik 1905. Nr. 4.)

Ein 11jähriges Kind erkrankte nach Genuß von Schinken am 24. März binnen 30 Stunden mit Sehstörungen, denen sich bis zum 30. März Parese der Augenlider und des Schlundes anschloß. Bei der Aufnahme bestand eine gewisse Somnolenz; die Sprache war näselnd, aphonisch; die Augen geschlossen. Nach Hebung des oberen Augenlides war Strabismus und Diplopie festzustellen. Beim Trinken kam ein Teil des Genossenen zur Nase heraus. Sensibilität und Reflexe ungestört. Der Verlauf war unter Strychninbehandlung günstig; die Heilung nach 6 Wochen beendet. In einem Rest des genossenen Schinkens wurde der Bacillus botulinus nicht gefunden. Die Diagnose war aber durch die gleichzeitige Erkrankung von vier Familienmitgliedern gesichert. Die Ähnlichkeit der Erscheinungen mit der postdiphtherischen Lähmung veranlaßte K. zu einer Reihe von Versuchen, um die Beziehungen der beiden Toxine zu einander festzustellen. Eine Identität wurde nicht gefunden. Immerhin glaubt Verf. nachgewiesen zu haben, daß die Toxine bzw. Antitoxine der Diphtherie und des Botulismus sich sehr nahe stehen. Für die Praxis kommt danach die etwaige Verwendung von Diphtherie-Heilserum in Fällen von Botulismus in Frage. Im vorliegenden Falle war es dazu zu spät. Ktg.

Ohrenkrankheiten.

Zur Kenntnis der hereditär-degenerativen Taubstummheit.

Von Dr. V. Hammerschlag in Wien.
(Zeitschr. f. Ohrenheilk. XLVII. Band, Heft 2 und 4.)

I. Über die Beziehung zwischen hereditär-degenerativer Taubstummheit und der Konsanguinität der Erzeuger.

Daß zwischen Taubstummheit und Blutsverwandtschaft der Erzeuger gewisse Beziehungen bestehen, ist bekannt und durch

eine Reihe statistischer Arbeiten unwiderleglich nachgewiesen. H. fügt diesen Statistiken, die er übersichtlich zusammenstellt, eine neue hinzu. Er untersuchte 134 taubstumme Kinder hinsichtlich ihrer Abstammung und stellte fest, daß 27 von ihnen aus Ehen Blutsverwandter stammten, also 20%.

Im einzelnen kommt H. dann zu folgenden Schlüssen: Ein relativ großer Prozentsatz aller Taubstummen stammt aus konsanguinen Ehen. Der Prozentsatz konsanguiner Taubstummen steigt bedeutend an, sobald wir nur die kongenitale Taubstummheit berücksichtigen; an Stelle der obigen 20% treten in H.s Statistik dann 31%.

H.s Zusammenstellung beweist aufs neue, daß zwischen kongenitaler Taubheit und Blutsverwandtschaft der Eltern eine Beziehung besteht in der Art, daß die Blutsverwandtschaft der Eltern die Entstehung der Taubheit bei den Kindern begünstigt. Richard Müller.

II. Weitere statistische Ermittelungen über die Beziehung zwischen hereditär-degenerativer Taubstummheit und der Konsanguinität der Erzeuger.

Seine frühere Statistik über 134 taubstumme Kinder hat H. in dieser Arbeit mitbenutzt; dazu kommen noch 103 früher nicht verwertete Fälle, so daß der vorliegenden Statistik 237 Fälle zu grunde liegen. Diese 237 Kinder stammten aus 210 Ehen; eine Anzahl von ihnen waren Geschwister. Von diesen 210 Ehen sind 40 konsanguin = 19% und 170 nicht konsanguin = 81%.

Unter den 210 Ehen befanden sich 168 Ehen mit je einem taubstummen Kinde; von diesen 168 Ehepaaren sind 14% blutsverwandt, 86% nicht verwandt.

Ferner befanden sich darunter 28 Ehen mit je zwei taubstummen Kindern; von diesen 28 Ehepaaren waren 29% blutsverwandt, 71% nicht verwandt.

Schließlich waren in den 210 Ehen 14 enthalten mit je drei oder mehr taubstummen Kindern; von diesen 14 Ehepaaren waren 8 = 57% konsanguin, 6 = 43% nichtkonsanguin.

Die gefundenen Prozentzahlen — 14% Verwandte bei Ehen mit 1 taubstummen Kind, 29% bei Ehen mit 2, und 57% bei Ehen mit 3 oder mehr solchen Kindern — kommen den gleichen Zahlen aus H.s früherer, 137 Fällen umfassenden Statistik sehr nahe; dort fand H. 15%, 22% und 56%.

Die Steigerung der Verwandtschafts-Prozentzahl in den Ehen mit 2 und gar drei oder mehr taubstummen Kindern beweist erneut die Tatsache, daß die Blutverwandtschaft der Erzeuger eine — wenn auch noch nicht klar erkannte — Rolle in der Ätiologie der hereditär-degenerativen Taubstummheit spielt. Richard Müller.

Hygiene.

Die Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten.

Von Dr. Berger, Kreisarzt in Hannover.
(Ztschr. f. Med. Beamte 1905. Nr. 4. S. 92.)

Auf dem Lande geschieht die Verbreitung ansteckender Krankheiten besonders durch Besuche. B. hat beim Ausbruch von Diphtherie in einem Dorfe ausrufen lassen: daß die Krankheit herrsche, sehr ansteckend sei, den Tod herbeiführen könne, und daß vor Besuchen zu warnen sei. Der Erfolg war sichtlich. Die Ärzte der Gesundheitsbehörde in New York lassen solche Bekanntmachungen an die Wohnungstür schlagen.*) Erst die Entfernung des Plakates seitens der Behörde gibt die Wohnung wieder frei. — Auch die Säuglingssterblichkeit wird in Amerika individuell bekämpft. Für jeden Erkrankten wird eine Zählkarte angelegt, auf der die Beschaffenheit der Milch und der Trinkgefäße erörtert, die Lage der Wohnung skizziert ist. Daraufhin erfolgen allgemeine Anordnungen. Hilft; verlangt aber ein umfängliches Personal. Ktg.

*) Das wird in der deutschen Armee bei den Manövern mit befallenen Gehöften seit vielen Jahren gemacht. Ref.

Die sozialhygienischen Aufgaben der Gemeinden.

Von Dr. Julius Marcuse, Mannheim.
(Deutsche Ärztezeitung 1904, Heft 20 und 22.)

Der Aufsatz schildert die Entwicklung der modernen Städtehygiene und die Aufgabe, welche den Städten infolge Conglomeration der Bevölkerungsmassen erwachsen. An der Spitze derselben steht die Städtereinigung, auf welchem Gebiete man sich immer mehr der Schwemmkanalisation zuwendet. Weiter wird die Wasserversorgung besprochen und die Fürsorge für die Ernährung durch Errichtung von Schlachthäusern, Markthallen und kommunalen Lebensmitteluntersuchungsämtern, die vor allem mit einem billigen Tarife arbeiten müssen, sollen sie den breiten Massen der Bevölkerung zugute kommen. Auf dem Gebiete der Milchversorgung verlangt Marcuse die Munizipalisierung, die eine ebenso dringende Forderung der Hygiene sei, wie die Kommunalisierung der Wasserversorgung. Auf dem Gebiete der Säuglingspflege ist die Errichtung von Säuglingsheimen und Säuglingskrankenhäusern notwendig. Des weiteren werden die Aufgaben der Stadt hinsichtlich der Errichtung von Volksbädern und Krankenhäusern besprochen, namentlich mit Rücksicht auf die Fürsorge für Tuberkulöse. Für letztere soll eine städtische „Zentralstelle für Lungenkrankenfürsorge“ und zwar als Abteilung der Armenverwaltung eingerichtet werden.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

1. Typhusuntersuchungen des Laboratoriums der Königlichen Regierung zu Koblenz.

Von Kreis-Ass.-Arzt Dr. Friedel in Koblenz.
(Zeitschr. f. Med. Beamte. 1905. 18. Jahrg. 3. Heft.)

2. Maßnahmen zur Typhusbekämpfung und gemeinverständliche Belehrung für sog. Typhusträger.

Verfügung des Königl. Regierungs-Präsid. zu Koblenz vom 22. Dez. 1904 an die Herren Landräte und Kreisärzte des Bezirks.
(Ebenda. Beilage zu Heft 3.)

Das Laboratorium ist am 8. September 1904 eröffnet und hat seine Tätigkeit seitdem hauptsächlich der Typhuserforschung und Bekämpfung gewidmet. Die Widalsche Reaktion wurde mit Typhus- und Paratyphus B.-Stämmen aus dem Berliner Institut für Infektionskrankheiten 173 mal ausgeführt; 86 mal mit positivem Erfolge. In den positiven Fällen ergaben sich bedeutende Differenzen in der Agglutinationskraft des Serums. In 5 Fällen wurden Typhus- und Paratyphusbazillen in nahezu gleichem Grade agglutiniert. Unter den negativen Proben wurden 6 von einem klinisch sehr schwer verlaufenden Typhusfall geliefert, bei dem die Diagnose durch den Fäces-Befund gesichert war. Der Bazillennachweis in 110 Stuhl- und 67 Urinproben wurde 36 mal erbracht; immer unter Kontrolle durch das Agglutinationsverfahren. Wegen der vielen negativen Ergebnisse eignet sich die Untersuchung auf Bazillen zu diagnostischen Zwecken weniger. Bemerkenswert ist eine geringe Zahl von Fällen, in denen nach Ablauf der Krankheit die Ausscheidung der Bazillen durch den Stuhl lange anhält, in 4 von 7 Fällen über ein Jahr. Die Ermittelung solcher „Typhusträger“ ist von bedeutendem Wert für die öffentliche Gesundheitspflege; die Unschädlichmachung nur durchzuführen, wenn Untersuchungsämter in größerer Zahl errichtet und mit der kostenlosen Prüfung der Sedes von Konvaleszenten — etwa alle Woche — bis zur bakteriellen Heilung beauftragt werden. Die Ursache der Dauerbesiedelung des Darmes mit Typhuskeimen ist zurzeit noch unerforscht. Möglicherweise ist der Sitz im Proc. vermiformis oder in der Gallenblase zu suchen.

Zu 2 gibt den vom Untersuchungsamt zu Koblenz veranlaßten Erlaß der dortigen Regierung vom 22. Dezember 1904 an die Kreismedizinalbeamten nebst einer Belehrung für die Typhusträger. Letztere werden darin über die Gefahr aufgeklärt, die sie ihrer Umgebung bringen und über die Mittel, ihre Dejektionen unschädlich zu machen. Die Untersuchungen geschehen in Koblenz. Gefäße zur Übersendung und Desinfektionsmittel werden kostenlos durch die Kreisärzte verabfolgt. Wird zur Nachahmung empfohlen. Ktg.

Ein Beitrag zur Statistik des Unterleibstyphus im Großherzogtum Hessen.

Aus dem hygienischen Institut d. Universität Gießen, Direktor Geh. M.-R. Prof. Dr. Gaffky.
Von Dr. P. Neumann, Assistenten des Instituts.
(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankheiten. 1905. 49. Band 2 Heft.)

Hessen erfreut sich schon seit 1819 einer obligatorischen Leichenschau; seit 1876 sind die Leichenbeschauer den Kreisärzten unterstellt. Die folgende Statistik baut sich nur auf den Todesfällen auf, da das Material aus den Erkrankungsmeldungen nicht gleichmäßig genug war. Die Zahl der Todesfälle hat von 1880 bis 1896 trotz der Zunahme der Bevölkerung erheblich abgenommen; seit 1896 nicht mehr im gleichen Maße; in den letzten Jahren macht sich sogar stellenweise ein kleiner Anstieg geltend. In drei achtjährigen Perioden verteilen sich die 2391 Todesfälle so:

Von 1880—1887 =	1395;	Jahresdurchschnitt 174,4
1888—1895 =	662;	„ 82,8
1896—1903 =	334;	„ 41,8

Aus den früheren Jahren ragt besonders Mainz mit 329 Todesfällen in 1870 und 274 in 1871 hervor; Ergebnisse einer umfänglichen Epidemie in den Kriegsjahren. Auf 10000 Einwohner berechnet, zeigen die Jahre 1880 bis 87: 1,83; die von 1888 bis 95: 0,84; die von 1896 bis 1903: 0,38 Todesfälle. Immerhin fordert die Zahl von rund 0,4 auf 10000 Einwohner zu energischer Fortsetzung der hygienischen Maßnahmen auf, denen die Verminderung im ganzen zu danken ist. Erhebliche Schwankungen der Typhussterblichkeit in den einzelnen Monaten fanden nicht statt. Ein konstantes Maximum zeigt der September. Im Durchschnitt der Jahre 1891 bis 1903 fielen in den

Januar bis März	monatlich	4,3,	Max. Febr.	4,7
April bis Juni	„	3,8,	„ April	4,2
Juli bis September	„	5,4,	„ Sept.	6,6
Oktober bis Dezember	„	3,9,	„ Oktob.	5,5

Typhustodesfälle. Die Arbeit beleuchtet bei jedem dieser Abschnitte noch das Verhältnis der einzelnen Provinzen und der größeren Städte. Aus allem läßt sich der Fortschritt hygienischer Verbesserungen und sanitärer Maßnahmen wohl erkennen; man wird aber dem Verf. darin recht geben müssen, daß auch die Fortschritte in der Behandlung an dem Rückgange der Mortalität Anteil haben. Die Mitteilung solcher Einzelstatistiken ist zu begrüßen; sie kann auch der Allgemeinheit wertvolle Gesichtspunkte liefern. Ktg.

Zur Ausbreitungsweise des Unterleibstyphus.

Von F. Nesemann in Berlin.
(Med. Klinik 1905. Nr. 14. S. 325.)

Dank der allgemein verbesserten Hygiene ist der Typhus in den großen Städten sehr zurückgegangen. Trotzdem kommt es auch hier hin und wieder noch zu explosionsartigen größeren Ausbrüchen; Beispiele: Beuthen, Gelsenkirchen, Detmold. Neben dem Trinkwasser sind in neuerer Zeit die Sammelmolkereien dafür verantwortlich gemacht worden, die in zunehmender Entwicklung begriffen, einen wesentlichen Faktor im modernen Wirtschaftsleben darstellen. Der Ursprung der Milch ist nicht immer genau festzustellen. — Außerdem werden in den mehr ländlichen Bezirken Gruppenerkrankungen beobachtet. Die gewöhnliche Verbreitung des Krankheitskeimes geschieht durch den menschlichen Kontakt, nachdem ein Fall eingeschleppt ist. Gleichgültigkeit gegen Schutzmaßnahmen, enges Zusammenleben und die dadurch bedingte Unmöglichkeit genügender Absonderung der Kranken; Unreinlichkeit und Sorglosigkeit bei der Behandlung der Wäsche und Beseitigung der Dejekte; endlich Besuche vermitteln dann die weitere Übertragung, bei der Brunnen- und Milchinfektion dann wiederum eine Rolle spielen können. Auf diesem Wege kommt es zur gelegentlichen Bildung von Typhushäusern und Typhusherden, deren Fortexistenz durch die langdauernde Ansteckungsfähigkeit unterhalten wird, welche von Genesenen und scheinbar Gesunden ausgehen kann. Der Zusammenhang der einzelnen Fälle in solchen Herderkrankungen wird durch diese Umstände oft äußerst erschwert, namentlich auf dem Lande; während in größeren Städten die rechtzeitige Isolierung, die Weiterbeobachtung der Konvaleszenten und die entsprechende Desinfektion der Weiterverbreitung entgegenwirken. Das Hauptinteresse bei der Bekämpfung des Typhus konzentriert sich daher in der rechtzeitigen Meldung verdächtiger oder manifester Erkrankungen; je früher die erste Feststellung gelingt, um so erfolgreicher kann eingegriffen werden. *) Ktg.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hebammen-Lehrbuch. Herausgegeben im Auftrage des Kgl. Preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten. Berlin. Julius Springer, 1904.

Dem von Litzmann verfaßten Hebammen-Lehrbuch von 1872 und dem von Dohrn verfaßten von 1892 ist nun ein drittes, aus der Feder des Göttinger Klinikers, Geheimrat Professor Dr. Runge, um Michaelis 1904 gefolgt als ein erster Schritt auf dem Wege zur beschlossenen Reform des Hebammenwesens.

Die Hauptinteressenten, die Hebammen haben es alsbald in die Hände bekommen und müssen in ganz Preußen bis zum 1. Mai d. J. von den Kreisärzten bezüglich der Kenntnisse dieser neuen Dienstanweisung für die Hebammen geprüft sein. Allen Kreisärzten ist daher der Inhalt, der viel wesentliche Veränderungen gegenüber dem früheren aufweist, bereits bekannt.

Diese Zeilen aber sollen es auch den nichtbeamteten Ärzten auf das wärmste empfehlen. Nach meinem Dafürhalten ist ein sorgfältiges Studium dieses ausgezeichneten Buches, seines ausgereiften Inhalts für alle praktischen Ärzte eine unabweisbare Pflicht. Denn sie sind es ja, die in gemeinsamem Wirken mit den Hebammen am Wochenbett seine Lehren betätigen sollen. Das sind ja für den praktischen Arzt keine neuen Lehren, aber er findet sie hier in so reifer, abgeklärter Form, so mundgerecht, nie mißverständlich dargestellt, wie in keinem Lehrbuch der Geburtshilfe für Studierende und Ärzte.

Der praktische Arzt muß so gut wie der beamtete genau wissen, was die Hebamme zu tun und zu lassen hat. Insbesondere sind die Bestimmungen über Meldepflicht bei Kindbettfieber neu und in einer Weise dargelegt, die den praktischen Ärzten mehr als früher freie Hand läßt, ihnen mit größerem Vertrauen entgegenkommt, aber auch ihnen ein größeres Maß von Verantwortlichkeit auferlegt. Nicht der Arzt ist meldepflichtig, die Hebamme bleibt es, aber sie soll den Arzt ausdrücklich befragen, ob es bei einer erkrankten Wöchnerin sich etwa um Kindbettfieber handelt. Der Arzt wird voraussichtlich

*) Vgl. hierüber die Besprechungen der Arbeiten von Hammerschmidt, Typhus in Gnesen in Nr. 4; Richter, Typhushäuser in Nr. 4; Friedel, Typhusuntersuchungen in Koblenz und Berger, zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten in dieser Nummer.

erst zur Meldung verpflichtet werden in dem zu erwartenden Zusatzgesetz zum Reichsseuchengesetz.

Die neuen Bestimmungen für die Desinfektion der Hände der Hebammen müssen dem Arzt bekannt sein, und es ist mit der Einführung des Sublimats zweifellos ein kühner Schritt zur Verhütung des Kindbettfiebers getan. Sache der Ärzte wird es sein, ihrerseits bei jeder Gelegenheit auf die Giftigkeit dieses den Hebammen in die Hände gegebenen Mittels hinzuweisen. Recht wertvoll wird es den Geburtshelfern auch sein, daß den Hebammen die Pflicht auferlegt ist, eine Büchse mit Tamponmaterial (sterile, in verschlossener Büchse gehaltene Jodoformgaze) mit sich zu führen. Verboten ist den Hebammen (wenige Regierungsbezirke in arztarmen östlichen Bezirken ausgenommen) die Wendung, und nur in Ausnahmefällen, die sie jeweils alsbald dem Kreisarzt zu melden haben, dürfen sie die manuelle Lösung der Nachgeburt vornehmen.

Überaus wichtig und wertvoll ist auch das neue Kapitel über allgemeine Krankheitslehre. Die Hebamme wird streng gewarnt vor therapeutischen Maßnahmen bezüglich des Säuglings wie der Mutter. Letzterer darf sie nur einmal, falls erforderlich, einen Löffel Rizinusöl ohne ärztliche Anordnung verabfolgen.

Überaus anerkennenswert ist auch die eindringliche Vermahnung, die Wöchnerinnen zum Selbststillen ihrer Neugeborenen anzuhalten. Hoffentlich nehmen daraus auch viele Ärzte, besonders die mit Praxis aurea eine Mahnung, das Selbstnähren nicht so oft, wie dies in den letzten Jahrzehnten Mode (!) war, zu verbieten.

Die im Anhange beigegebene Dienstanweisung und die Einführung eines einheitlichen Tagebuchs sowie von regelmäßigen Temperaturnotizen wird der Praktiker nur dankbar begrüßen. Die kleine Mühe in allen Fällen, in denen er zugezogen war, die Diagnose einzuschreiben, wird er darum gern erfüllen.

Ein eingehendes Studium des Buches, das auf viele Fragen der Praxis, insbesondere auch bei Streitfällen mit der Hebamme prägnante Auskunft gibt, sei nochmals wärmstens empfohlen.

Ich möchte auch betonen, daß es auch in die Hände der praktischen Juristen gehört, denn es ist das Gesetz für die Hebammen, nach denen sie gerichtet werden müssen, sofern sie sich gegen seine Vorschriften vergehen.

Stolper-Göttingen.

Ribbert, Hugo, (Bonn): Die Entstehung des Karzinoms. Bonn 1905.

In bewundernswerter Knappheit erörtert der auf dem Gebiete der gesamten Geschwulstlehre so viel erfahrene und literarisch rührige Verfasser die gegenwärtigen Streitfragen über das Karzinom und seine Entstehung. Die Riesenliteratur über diesen Gegenstand in den verschiedensten Zeitschriften — wer vermöchte sie, ohne ein Mitforscher zu sein, alle zu lesen? Hier finden wir, freilich von einem Vertreter einer der streitenden Parteien, eine selten klare Darstellung, für jeden Praktiker von Nutzen. Das etwa 50 Druckseiten starke Schriftchen muß man selbst lesen, um die aus tiefgegründeter Erfahrung und Überzeugung geschöpfte Frische der Darstellung zu genießen. Die Zurückweisung der parasitären Theorie der Krebsentstehung ist scharf, aber überzeugend;*) die Schwäche der Beweisführung derer, die das Karzinom epidemiologisch bislang zu erforschen suchten, wird gebührend hervorgehoben. Aber auch der Widerspruch autoritativer pathologisch-anatomischer Gegner Ribberts wird erfolgreich, mit stichhaltigen Einwänden bekämpft, ohne daß wir uns mit dem Studium breiter histologischer Befundschilderungen zu bemühen brauchen.

*) Auch Orth hat sich auf dem Kongreß in St. Louis gegen den parasitären Ursprung des Karzinoms ausgesprochen. Annals of surgery 1904 Nr. 6.

Ribberts Auffassung gipfelt in der durch ihn und seinen Schüler Borrmann dargetanen Beobachtung:

„Alle Geschwülste entstehen aus abgesprengten, isolierten, ausgeschalteten Keimen, das Karzinom also aus Epithelien, die den Zusammenhang mit dem normalen Gewebe verloren haben.

Die Ausschaltung des Epithels erfolgt auf Grund einer subepithelialen entzündlich-zelligen Umwandlung des Bindegewebes. Sie ermöglicht dem Epithel nach Art der Drüsenbildung in die Tiefe zu wachsen; doch bleibt die typische organische Verbindung zwischen verändertem Bindegewebe und Epithel aus.“

Die zellige Umwandlung des Bindegewebes ist sicherlich nicht die Folge eines einheitlichen schädlichen Einflusses. Chronisch-entzündliche Reizungen verschiedenster Art veranlassen diese Vorbedingungen der Entstehung eines Karzinoms.

Stolper-Göttingen.

Hahn, Ernst. Die Strafrechtsreform und die jugendlichen Verbrechen. Neue Zeit- und Streitfragen. Herausgegeben von der Gehestiftung zu Dresden. 5. und 6. Heft. Dresden 1904. Zahn & Jaensch.

Die absolute und relative Zahl der verurteilten Jugendlichen (12.—18. Lebensjahr) hat in den letzten Dezennien erheblich zugenommen; der Auftrieb der Kurve wird aber vornehmlich durch Vorbestrafte bewirkt, was auch von der allgemeinen Kriminalität gilt. Die Zahl der Verurteilungen wegen Diebstahls und Unterschlagung fällt, während sie steigt hinsichtlich der Körperverletzung. Höchst auffällig ist es, daß die Gerichte in dem gleichen Zeitraum immer mehr zu gelinderen Strafen gelangten.

Daß die staatliche Strafgewalt immer häufiger einschreitet, ist nicht zu leugnen; das liegt aber nicht an der Zunahme der Kriminalität, an der Abnahme der Moralität der Jugendlichen, sondern an einem Anwachsen des Anklagemuts und der Anklagesucht, an dem massenhaften Eingreifen der Strafgewalt und der zu großen von ihr geübten Milde, sowie an sozialen und wirtschaftlichen Verhältnissen. Trotz bedingter Begnadigung, trotz Fürsorgeerziehungs- und Kinderschutzgesetze bedarf es einer Strafrechtsreform hinsichtlich der Jugendlichen. Das Dominieren des logisch-formalen Elementes muß beseitigt werden; die zuverlässigen Ergebnisse der Kriminalanthropologie und -soziologie sind zu verwerten. Folgende Forderungen stellt H. dabei als dringliche auf: Aufhebung des Legalitätsprinzips; Wegfall der Einsichtsfrage und Erfassung des jugendlichen Verbrechers in seiner Ganzheit; Heraufsetzung der unteren Altersgrenze der relativen Strafmündigkeit auf das vollendete 14. Lebensjahr: Aufhebung der Öffentlichkeit und Verbot der Preßberichte; möglichste Vermeidung der kurzzeitigen Freiheitsstrafen und deren Verschärfung; vermehrte, aber weise Anwendung der Zwangserziehung.

Das Zukunftsideal ist eine völlige Exemtion der Jugendlichen aus dem Strafrecht. H. verlangt die Schaffung eines einheitlichen Reichsgesetzes betr. die verwahrlosten und verbrecherischen Jugendlichen. Durch dieses ist in erster Linie der Strafvollzug nach streng erzieherischen Gesichtspunkten zu regeln. Besondere Jugendgerichte, die aus Juristen, Psychiatern und Pädagogen bestehen, sind zu errichten, sowie besondere staatliche Anstalten für die schwersten Jugendverbrecher. und Besserungsanstalten für die minder schweren Jugendverbrecher.

Wenn das Buch, das geschickt und warm geschrieben ist und praktische graphische Darstellungen gibt, hier so ausführlich besprochen ist, so mag das gerechtfertigt erscheinen, nicht nur wegen der Wichtigkeit des Stoffes, sondern auch deshalb, weil es hier ein Pädagoge ist, der das Wort ergreift.

Ernst Schultze.

Berkhan, O. Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. Geistesschwäche des bürgerlichen Gesetzbuches. Für Psychiater, Kreis- und Schulärzte. Zweite durch Nachträge ergänzte Auflage. Friedrich Vieweg & Sohn. Braunschweig 1904. M. 2,40.

Verf. ist bekannt als der Gründer der Hilfsschule in Braunschweig; wenn wir heute in Deutschland eine relativ große, freilich immerhin noch zu kleine Zahl von Hilfsschulen haben, so ist das nicht zum geringsten Teile seinem energischen Eintreten zu verdanken.

In der vorliegenden Broschüre gibt Verf. Skizzen aus einzelnen Gebieten des Schwachsinns; besonders berücksichtigt er die Ätiologie und die sich daraus ergebenden praktischen Folgerungen. Von Bedeutung sind seine Ausführungen über die Störungen des Schreibens und Lesens. In einem Nachtrag bespricht er genauer den Hydrocephalus, der, wie auch B. hervorhebt, die Möglichkeit einer besonderen Entwicklung der Intelligenz nicht ausschließt, die Mikrokephalie, den Kretinismus etc.

Ein besonderer Abschnitt ist der gerichtsärztlichen Bedeutung des Schwachsinnes gewidmet. Es ist aber nicht zutreffend, wenn hier der Schwachsinn mit der Geistesschwäche der B. G. B. ohne weiteres identifiziert wird, wie es auch im Titel des Buches geschieht. Es kommt nicht auf die Form, sondern den Grad der Psychose an.

Die Schrift ist zur Aufklärung in weiteren Kreisen durchaus geeignet, zumal wegen der vielen eingestreuten kasuistischen Mitteilungen. Ernst Schultze.

Mönkemöller, Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. Aus der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen. Berlin, Reuter und Reichard 1903. 108 S. 2,80 M.

Daß die Kriminalität des jugendlichen Alters in beständiger allmählicher Zunahme begriffen ist, scheint nach der Statistik aller Länder kaum zweifelhaft zu sein, wenn man auch die Beweiskraft der einzelnen statistischen Zahlen nicht immer wird anerkennen können.

Inwieweit dabei psychopathische Zustände eine Rolle spielen, darüber sind unsere Kenntnisse bisher noch recht unvollkommen. Was wir davon wissen, stellt Verf. in vorliegendem Heft zusammen und bereichert es durch eigene Erfahrungen.

Nach kurzen Bemerkungen über die normale kindliche Psyche und Prädisposition zu manchen Delikten, werden die verschiedenen Geisteskrankheiten und geistigen Defekte des kindlichen Alters und weiter die mannigfachen Vergehen und Verbrechen der Kinder besprochen und ihre gegenseitigen Beziehungen erörtert.

Die folgenden Kapitel beschäftigen sich mit der Prophylaxe, und endlich wird ausführlich die Frage der Behandlung solcher Kinder erörtert. Besonders eingehende Besprechung findet die Fürsorgeerziehung, in welcher der Verfasser über große eigene Erfahrung verfügt. Ernst Schultze.

Drastich, Bruno. Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. I. Allgemeiner Teil. Militärärztliche Publikationen. Nr. 80. Wien, VIII. Josef Šafář 1904. 83 S. M. 2,25.

Verf. unterzieht sich einer gewiß recht dankbaren und lohnenden Aufgabe, wenn er ausführt, nach welchen Gesichtspunkten der Militärarzt vorgehen soll, der über geisteskranke oder der Geisteskrankheit verdächtige Militärpersonen Verfügungen treffen oder Gutachten erstatten soll.

Das vorliegende Heft enthält den allgemeinen Teil und erörtert die verschiedenen zu treffenden Maßnahmen. Er geht dabei so vor, daß er den Geisteskranken auf dem Wege zur Sanitätsanstalt, während der Unterbringung in dieser, sowie bei der Überführung in eine Irrenanstalt bzw. Entlassung begleitet, und dabei hervorhebt, worauf bei diesen verschiedenen Möglichkeiten vom ärztlichen und rechtlichen Standpunkte zu achten ist. Dabei führt er die einschlägigen reglementarischen Bestimmungen im Wortlaut an.

Am ausführlichsten verbreitet er sich natürlich über die eigentliche Beobachtung. Zur Gewinnung einheitlicher Gesichtspunkte plädiert er für Einführung der Kräpelinschen Nomenklatur, und daß er sich bei der Wiedergabe eines ausführlichen Krankenjournals und Gutachtens an einen Fall von dementia praecox anlehnt, erscheint demnach nicht auffallend.

Die Arbeit nimmt nur auf österreichische Verhältnisse Bezug, und wir erfahren, daß dort nicht eine schon überstandene Geistesstörung zum Militärdienste untauglich macht; eine solche Bestimmung ist freilich für den neuen Entwurf beantragt. Geisteskranke Mannschaften werden bei Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung der einzigen militärischen Irrenanstalt in Tyrnau übergeben; alle anderen Militärpersonen finden in Privatirrenanstalten Aufnahme.

Der zweite Teil, der noch im Laufe dieses Jahres erscheinen wird, soll vorzugsweise sich mit den Formen von Geistesstörung befassen, deren Kenntnis und richtige Beurteilung gerade für den Militärarzt von Wichtigkeit ist. Diese Arbeit wird demnächst hier besprochen werden. Ernst Schultze.

Kolb, G. Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamte. 8.—10. Lieferung. Halle a. S. C. Marhold. 1903/1904.

Die vorliegenden Lieferungen bilden den Schluß des bereits früher in dieser Zeitschrift besprochenen Werkes.

Verf. bespricht der Reihe nach die Wachabteilung für insoziale (unruhige) und soziale (ruhige) Kranke, geschlossene, nicht ständig überwachte Abteilungen, die Pensionärabteilungen, die offenen Abteilungen, die familiäre Verpflegung, Infektionsbaracke und Nebengebäude. Er erörtert, welchen Zwecken die verschiedenen Einrichtungen dienen sollen, was dabei von diesem oder jenem Gesichtspunkte aus zu fordern und zu vermeiden ist und wie am zweckmäßigsten diese oft recht mannigfachen Forderungen zu erfüllen sind. Daß die Ausführungen gerade über die Wachabteilungen besonders ausführlich sind, bedarf heute wohl keiner besonderen Erwähnung. Ebenso sei darauf hingewiesen, daß Verf. zahlreiche Grundrisse von den verschiedenen Krankengebäuden, von Häusern für familiäre Verpflegung und Nebengebäude (Verwaltungsgebäude, Wirtschaftsgebäude, Versammlungsgebäude, Werkstättengebäude, Leichenhaus) wiedergibt.

Leider fehlt ein Sachregister, das die Brauchbarkeit der Arbeit gewiß erhöhen würde. Ernst Schultze.

Bresler, Joh. Die Simulation von Geistesstörung und Epilepsie. Halle. C. Merhold. 1904. 238 S.

Verf. bezweckt mit der vorliegenden Arbeit, eine rein literarische Darstellung des Themas zu geben, wie sie sich ihm aus der Durchsicht der einschlägigen Literatur ergab. Dieses Vorgehen versprach ihm mehr Nutzen, als ein den Stempel subjektiver Auffassung tragender, sich mehr der Theorie als dem Gekünstelten nähernder Aufbau von der „Lehre“ geistiger Störungen.

In dem ersten allgemeinen Teile gibt er eine übersichtliche Darstellung der Ansichten der Autoren, die sich zur Frage der Simulation geäußert haben; Ref. möchte hierbei besonders auf die Auslassungen Delbrücks hinweisen. Er erörtert auch die Simulation im Altertum und schließt interessante kritische Bemerkungen eines sachverständigen Philologen an. Dann bespricht er die Methoden zur Entlarvung, die Frage des Übergangs der Simulation in wirkliche Geistesstörung und die Häufigkeit der Simulation.

Der zweite Teil der Arbeit bringt eine ungemein reichhaltige Kasuistik.

Ein 19 Seiten umfassendes Literaturverzeichnis beschließt die fleißige Arbeit, die sich naturgemäß einer kritischen Besprechung entzieht. Hat Verf. es doch unterlassen, zu dem Streit der Meinungen überall Stellung zu nehmen, um eben der Arbeit nicht den Charakter des Subjektiven aufzudrängen. Das Buch ist somit ein wertvolles Nachschlagewerk, dessen sich jeder mit Nutzen bedienen wird, der zweifelhafte Fälle von Geistesstörung zu beobachten hat. Ernst Schultze.

Ziehen, Th. Die Geisteskrankheiten des Kindesalters mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. Zweites Heft. Berlin. Reuther & Reichard. 1904. 94 S. M. 2,00.

Verf. beendigt im vorliegenden Hefte die Schilderung der Psychosen mit Intelligenzdefekt und beginnt die Darstellung der ohne Intelligenzdefekt verlaufenden Seelenstörungen. Wenn er auch angesichts des Zwecks der Sammlung, von welcher die vorliegende Broschüre einen Teil bildet, vor allem auf den Pädagogen Rücksicht nimmt, so kann sie doch auch den Lesern dieser Zeitschrift bestens empfohlen werden. Vor allem gilt das hinsichtlich der Hebephrenie, die eine eingehende und anschauliche Schilderung erfährt, sowie der Dämmerzustände. Bemerkenswert ist ein beim induzierten Irresein erwähnter Fall: Die Folie imposée war von einem geistesgesunden Individuum zu egoistischen Zwecken durch Erzählung simulierter Wahnvorstellungen hervorgerufen.

Daß die Arbeit, in welcher sich Verf. naturgemäß eng an sein Lehrbuch anschließt, die Literatur ausgiebig mitteilt, das sei noch besonders hervorgehoben. Ernst Schultze.

Engels, Dr. E., Kreisassistenzarzt und Vorsteher der bakteriologischen Untersuchungsstelle der Königl. Regierung zu Stralsund. Die Desinfektion der Hände. Mit zwei Abbildungen im Text. Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch XIII. Band. Jena bei G. Fischer. 158 S. Preis 5,50 M.

Verf. hat mit Lösungen von Sublamin, Bazillol und Lysoform umfängliche Reihen von Versuchen angestellt, deren Nachprüfung an der Hand der ganz ausführlichen Darstellung leicht sein wird. Praktisch zieht er aus seinen Arbeiten den Schluß, daß die rein alkoholischen Lösungen dieser Mittel einen bedeutend größeren Desinfektionserfolg für die Hände garantieren, als die wässrigen mit Einschiebung des Alkohols nach Fürbringers Vorschrift. Die Kombination des Alkohols mit einem in alkalischer Lösung befindlichen Desinfektionsmittel verdient den Vorzug vor allen andern Methoden. Speziell wird die 2 pro mille alkoholische Sublaminlösung für Kliniken, Krankenhäuser, Hebammenschulen und für die Bedürfnisse der Praxis empfohlen. Die Methode ist einfach: fünf Minuten Waschung der Hände mit brauner Kaliseife und steriler Bürste in heißem Wasser; dann ebensolange in der Sublaminlösung. Für die Praxis empfiehlt sich die Vorrätighaltung einer Lösung aus 10 g Sublamin in 96 ccm 50% Alkohols, gefärbt durch 0,15 ccm einer 1% Eosinlösung in 50% Alkohol; so daß die Menge 100 ccm beträgt. Mit 10, 20, 30 ccm dieser Lösung in 1 l Alkohol kann schnell die gewünschte Desinfektionsflüssigkeit von 1 bis 3 pro mille hergestellt werden. Ktg.

Thal-Breslau, Max, Schamgefühl und gemeinsames Studium der Geschlechter. Berlin und Leipzig. Verlag der Frauenrundschau. 26 S.

Verfasser behandelt hier nicht das gesamte Problem der Koedukation, wie die Überschrift des Aufsatzes glauben machen könnte, sondern nur ein Teilgebiet der Frage, nämlich das gemeinsame Studium der männlichen und weiblichen Medizin-Studierenden. Es handelt sich da um eine Polemik gegen die bekannten Auslassungen des Königsberger Anatomen Stieda, der gegen die Zulassung der Frauen zum Studium der Medizin nichts einzuwenden hat, jedoch den gemeinsamen Unterricht derselben mit Männern aus Besorgnis ihrer sittlichen Gefährdung perhorresziert. Dr. Thal meint, wenn die Besorgnis einer dadurch entstehenden sittlichen Gefährdung durch Schamverletzung als ungerechtfertigt erkannt sei, dann auch der letzte Grund gefallen wäre, um ausreichend vorgebildeten Frauen und Mädchen die Zulassung zum Studium der Medizin zu versagen. Alle anderen Einwände sind nach Ansicht des Verfassers längst widerlegt und die Opposition der Ärzte gegen das Medizinstudium der Frauen soll lediglich auf Konkurrenzmotiven beruhen. Letztere Insinuation muß aufs schärfste zurückgewiesen werden. Woher leitet Dr. Thal das Recht ab, dem ärztlichen Stande derartige eigensüchtige Motive zu unterschieben? Mehr kann man dem Verfasser in der Widerlegung der obigen These Dr. Stiedas zustimmen. Wenn man sich schon für die Zulassung der Frauen zum Medizinstudium ausspricht, dann ist wirklich kein Grund vorhanden, sie nicht am gemeinsamen Unterrichte teilnehmen zu lassen. Thal weist hier mit Recht darauf hin, daß der Begriff „Schamgefühl" nicht etwas durchaus für alle Zeiten Feststehendes, sondern etwas Wandelbares sei. Sehr bald werde sich das Schamgefühl der neuen Situation anpassen und modifiziert werden. Das Schamgefühl ist auch nicht etwas unter allen Umständen Sakrosanktes, sondern muß unter Umständen höheren Zwecken, wie hier der Gesundmachung von Patienten, weichen. W. Hanauer-Frankfurt a. M.

Tagesgeschichte.

Massenuntersuchungen von Rentenempfängern.

Das über alles Erwarten große Anschwellen der Invalidenrenten hat, wie wir an dieser Stelle wiederholt erwähnten, die Versicherungsanstalten veranlaßt, den Ärzten ein besonders sorgfältiges Untersuchen und ein entsprechendes Beschreiben der Befunde zur Pflicht zu machen. Auch das Reichsversicherungsamt hat neuerdings in gleichem Sinne eine Kundgebung erlassen.

Gleichzeitig sind Kontrolluntersuchungen in großem Maßstabe angestellt worden, die denn auch ergeben haben sollen, daß Invalidenrenten häufig gewährt worden sind, in denen es objektiv nicht gerechtfertigt war.

Der praktische Arzt, welcher es ernst mit seiner Gutachtertätigkeit nimmt, wird gewiß, wenn auch mit Bedauern, so doch mit sachlicher Zustimmung von diesen für einen Teil der Ärzteschaft immerhin peinlichen Maßnahmen vernommen haben. Natürlich setzt er voraus, daß die Kontrolluntersuchungen mit ganz besonderer Sorgfalt ausgeführt worden sind, so daß ihre Methode nunmehr als vorbildlich für die gesamte Ärzteschaft gelten kann.

So dachten auch wir, bis wir vernahmen, daß einige Versicherungsanstalten — wie viele und welche, wissen wir nicht genauer — die Nachprüfung der Rentenangelegenheiten auf dem Wege der Massenuntersuchungen haben vornehmen lassen.

Wie in der „Schlesischen Zeitung" ein sichtlich sehr gut unterrichteter ärztlicher Mitarbeiter berichtet, sind in verschiedenen Provinzen je 100 und mehr Unfall- oder Invalidenrentner vor eine Kommission geladen worden, die alle diese Fälle an einem Tage zu erledigen hatte. Dazu wurde ein Arzt oder zwei als Gutachter bestellt, und diese sollten ihr Urteil in jedem Falle abgeben, offenbar ohne bei der Kürze der Zeit Akten genau studieren und den Rentner eingehend untersuchen zu können.

Der Verfasser des genannten Aufsatzes berichtet authentisch von einem Fall, in welchem kürzlich ein beamteter Arzt angefragt wurde, ob er bereit sei, an einem bestimmten Tage die ärztliche Untersuchung zu übernehmen, zu dem 130 bis 140 Rentenempfänger zwecks Revision des körperlichen Zustandes

geladen werden sollten. (Die Ärztekammer hatte als Vergütung 30 Mark für angemessen erachtet!!)

Der betreffende Autor knüpft hieran mit Recht den Ausruf: Es ist tief bedauerlich, wenn nach 20jährigem Wirken im Sinne der sozialen Gesetze noch so wenig Verständnis für die verantwortungsvolle Mitwirkung des Arztes bei den in Betracht kommenden Verwaltungsbeamten zu finden ist!

Wir geben im folgenden den Inhalt des Aufsatzes aus der „Schlesischen Zeitung" wörtlich wieder, in der Hoffnung, gerade in den Kreisen der Ärzte und Versicherungsbeamten dadurch gegen eine so unhaltbare Maßregel wie die Massenuntersuchungen und im weiteren auch sonst dagegen zu wirken, daß bei der Begutachtung in Versicherungsangelegenheiten mehr Wert auf Fixigkeit als auf Richtigkeit gelegt wird.

Es heißt an jener Stelle:

„Man könnte auf die Tätigkeit der Militärärzte hinweisen, die ja bei den Aushebungen auch zahlreiche Menschen an einem Tage zu untersuchen haben und trotz der Massenuntersuchungen Hervorragendes leisten in der Erkennung selbst auch innerer Fehler. Aber wie oft wird da durchgesiebt noch nach der ersten Untersuchung, und trotzdem kommt es doch nicht ganz selten vor, daß wirklich dienstunbrauchbare Leute eingestellt werden. Die Untersuchung von Rentenempfängern bietet ungleich größere Schwierigkeiten als dies bei der Mehrzahl der Gestellungspflichtigen der Fall ist, unter denen doch nur wenige Beschwerden vorbringen, deren Ursachen der Arzt zu finden und gutachtlich zu begründen hat.

Der Rentenanwärter bringt erfahrungsgemäß fast immer übertriebene Beschwerden vor, die eingehend zu prüfen sind, wenn man ihm nicht Unrecht tun will durch Minderung der Rente, wenn man die Versicherungskasse nicht schädigen will durch Nichtbeachtung von Simulation und Übertreibung.

Die Verwaltungsbeamten glauben meist, äußerlich sichtbare Verletzungen ließen sich auch mit einer kurzen, flüchtigen Besichtigung rasch erledigen. Wer das vom Arzt verlangt, der verleitet ihn zur Oberflächlichkeit und damit oft zur Mitschuld an unberechtigter Kürzung der Ansprüche des Versicherten. Ein Beispiel von vielen. Es hat sich im Anschluß an einen Unfall an der Hand eines Arbeiters eine schwere Sehnenscheideeiterung entwickelt. Drei Monate lag der Mann im Krankenhaus. Ein Finger wurde dort abgesetzt, die beiden Nachbarfinger sind etwas versteift. Alles das sieht man mit einem Blick, auch ohne Arzt zu sein. „Ergo die rechte Hand ist zur Hälfte nur gebrauchsfähig — $33^1/_3$ Prozent. Das sind feststehende Sätze! Das Reichsversicherungsamt hat wiederholt so entschieden — Acta sunt clausa."

Aber nein! Der Fall ist damit nicht erledigt. Der ärztliche Sachverständige, der gegen diese Fixigkeit dies Urteils nicht protestiert, ladet eine große Verantwortlichkeit auf sich. Denn jedem erfahrenen Gutachter sind Dutzende von Fällen begegnet, welche wie dieser zur Gründlichkeit, zur Untersuchung des ganzen Menschen mahnen. Ist es doch gar nicht selten, daß, wie in diesem Falle, eben jene Eiterung, die unter hohem, wochenlangem Fieber mit schwerem Allgemeinbefinden verlief, auch langdauernde, oft heimlich fortschreitende Erkrankungen innerer Organe im Gefolge hatte. Nierenerkrankungen sind gar nichts seltenes; die Harnuntersuchung darf also in solchen Fällen nie unterbleiben! Mehrfache Narkosen, täglicher schmerzhafter Verbandwechsel, die wochenlange Eiterabsonderung bringen oft blühende, kräftigste Menschen in ein dauerndes Siechtum. Das alles aber läßt sich in einem Massentermin, im Nebenzimmer des Schiedsgerichts nicht feststellen. Wenn ein Arzt sich zutraut, das alles prima vista zu erraten, ohne sorgfältiges Studium der bei den Akten liegenden Krankengeschichten, ohne sorgfältige Untersuchung des ganzen Menschen, der traut sich mehr zu, als die besten Ärzte können, der handelt leichtfertig!

Gewiß, man kann von der Kontrollkommission die Nachuntersuchung eines Verdächtigen sich erbitten, aber bei solchen Massenuntersuchungen entgehen einem eben diese latenten Unfallsfolgen. So wird die Rente dem wirklich kranken Manne gekürzt. Er kann Berufung einlegen. Gewiß! Er tut es, aber damit muß er den für sein Nervensystem, für seine Gesamtgesundheit so überaus gefährlichen Weg des Prozesses betreten. Viele Wege, geistige Aufregung, Nahrungssorgen, Nahrungsmangel und andere Schädlichkeiten wirken auf ihn ein, durch Fahrlässigkeit eines solchen „fixen" Gutachters und durch Schuld dieser höheren Orts empfohlenen Methode.

Es ist jetzt von den Ärzten die Unfalluntersuchung soweit methodisch ausgebildet, daß auch der Anfänger ein zuverlässiges Gutachten zu liefern vermag, mit zahlenmäßigen Bestimmungen z. B. eines verletzten Gelenks. Die Berufsgenossenschaften müssen solche Präzision unbedingt verlangen, um Besserungen oder Verschlimmerungen des Zustandes nach Jahr und Tag objektiv beweisen zu können. Der Unterschied im Umfang der Arme und Beine drückt den Muskelschwund, die Differenz im Winkelmaß die Behinderung in der Beweglichkeit eines Gelenks zahlenmäßig aus. Aber wie wären exakte Messungen in solchem Massentermin möglich? Wie ihre Notierung?

Rein unmöglich ist es, solche Untersuchungen anderswo als im ärztlichen Sprechzimmer zu machen. „Auf zwei Stühlen lagen die Leute, wenn man ein gebrochen gewesenes Fußgelenk zu untersuchen hatte." Was über die einfachsten Hilfsmittel der Untersuchung hinausliegt, kann der Arzt naturgemäß nicht zum Termin mitbringen. Die Prüfung der elektrischen Erregbarkeit muß also wegfallen. Prüfungen der Hörfähigkeit sind unter vielen Menschen unmöglich. Die Untersuchung innerer Organe muß notwendig unter solchen das Schamgefühl verletzen. Vieles mehr ließe sich gegen diese Massenrevisionen noch einwenden.

Sie haben ohne Zweifel zwei schwere Nachteile: sie führen leicht zu schwerer Schädigung der Rechte der Arbeiter und sie bedeuten eine hohe Gefährdung des ärztlichen Rechtsbewußtseins.

Die Berufungen an die Schiedsgerichte und die Rekurse an das Reichsversicherungsamt werden rapid ansteigen und diese Behörden über Gebühr belasten. Die eben erst zu erfreulicher Höhe sich entwickelnde ärztliche Sachverständigentätigkeit wird und muß rasch wieder verflachen, wenn Fixigkeit und Billigkeit als ihre hervorragendsten Qualitäten behördlicherseits von ihr verlangt werden.

Der Arbeiter hat nach dem Gesetz ein Recht darauf, daß man seine Beschwerden auch gründlich prüft. Die Begehrlichkeit wird auch das höchste Maß von Wohlwollen bei der Rentenfestsetzung nie ganz befriedigen, aber wie diese auch ausfällt, wohlbegründet muß sie sein!

Das ist sie sicher nicht bei diesen neuerdings beliebten Massenabschätzungen. Die Verwaltungsbeamten der Versicherungspraxis mögen daher reiflich bedenken, ob diese Art der Prüfung gesetzlicher Ansprüche sich verantworten läßt."

Wir wüßten nicht, was wir diesen treffenden Ausführungen hinzufügen könnten, ohne ihre Wirkung abzuschwächen. F. L.

Die Verwandtschaft der Berufskrankheiten mit den Betriebsunfällen.

Der „Sozialen Praxis" entnehmen wir folgende Mitteilung: Schon im Jahre 1901 in der Sitzung vom 5. Dezember hatte der Abgeordnete Breton in der französischen Deputiertenkammer namens zahlreicher Kollegen einen Gesetzesvorschlag eingebracht, der die Anwendung des Gesetzes vom 9. April 1898 über die Betriebsunfälle auf die Berufskrankheiten ausdehnen sollte. Die Kammer nahm damals eine Tagesordnung an, die

die Regierung aufforderte, eine Untersuchungskommission einzusetzen mit der Aufgabe, ein Verzeichnis jener Berufskrankheiten aufzustellen, die ausschließlich oder hauptsächlich der Beschäftigung mit einer bestimmten gewerblichen Arbeit ihren Ursprung verdankten, und ferner ein Verzeichnis der entsprechenden gefährlichen Berufe mit Angaben über den Sterblichkeits- und Erkrankungskoeffizienten in jedem derselben. Die mit diesen Studien beauftragte Kommission für gewerbliche Hygiene hat nunmehr zehn Berichte über die Hauptursachen der Berufskrankheiten abgefaßt und die interessantesten Daten daraus in einem Generalbericht dem Minister für Handel und Gewerbe vorgelegt. Jeder Abschnitt beginnt mit einem genauen Krankheitsbild, das die Einzelheiten der Diagnose, der Komplikationen und Begleiterscheinungen behandelt. Vom gesetzgeberischen Standpunkt aus sind die Betrachtungen über die zeitlichen Grenzen, innerhalb der die Krankheitszeichen unter der Einwirkung der schädigenden Betriebselemente sich äußern können, und das Verzeichnis der gesundheitsschädigenden Berufe wichtig. Der Bericht beginnt mit den Blei-, Quecksilber- und Arsen-Vergiftungen und schließt daran die Schilderung der Arsen-, Schwefelkohlenstoff-, Kohlenwasserstoff-, Schwefelwasserstoffverbindungen und der sonstigen giftigen und ätzenden Dämpfe und Gase. Sodann behandelt er den Ausschlag, Geschwürbildung und Krätze, weiter Lungentuberkulose einschließlich Haut- und Schleimkrankheiten (?).

Soweit der Bericht der „Sozialen Praxis“.

Auch in Deutschland besteht eine starke Agitation zu gunsten der versicherungsrechtlichen Gleichstellung von Gewerbekrankheiten und Betriebsunfällen, ja, man kann sogar im Parlament Äußerungen hören, als hätten die Ärzte den Begriff Gewerbekrankheiten bloß erfunden, damit nicht zu viel Arbeitsbeschädigungen entschädigt werden müßten. Die Ausarbeitungen der französischen Kommission werden also auch bei uns große Beachtung finden. Referent hält die Bestrebungen, die Gewerbekrankheiten den Unfallfolgen gleich zu stellen, für keine glückliche Lösung des Abgrenzungsproblems. Den Begriff Unfall scharf zu umschreiben, war zwar schwierig, aber es ist immerhin in einer für die weitaus meisten Fälle ausreichenden Form gelungen. Der Begriff Gewerbekrankheit dagegen läßt sich in praktisch brauchbarer Weise überhaupt nicht abgrenzen. Wollten wir etwa als Gewerbekrankheit jedes Leiden bezeichnen, welches erfahrungsgemäß unter wesentlicher Mitwirkung gewerblicher Schädigungen entsteht, so gelangen wir beispielsweise bei jeder Lungentuberkulose dahin, prüfen zu müssen, ob der Arbeitsbetrieb, in welchem die Erkrankung eintrat, mit größerer oder geringerer Staubentwicklung, Erkältungs- und Ansteckungsgefahr verbunden war. Endlose Streitigkeiten und als Ergebnis doch schließlich vielfache Ungerechtigkeiten würden garnicht zu vermeiden sein. Es gibt, meinen wir, nur zwei Auswege: Entweder sondert man aus der Gesamtheit der gewerblichen Erkrankungen diejenigen aus, welche eben nur infolge der Betriebsarbeit entstehen (also in Hauptsache die gewerblichen Vergiftungen) und stellt sie den Unfallfolgen gleich, wobei eine Ungerechtigkeit gegen die übrigen gewerblich Erkrankten eingeführt wird, oder man bestrebt sich, alle Gesundheitsbeschädigungen und Krankheiten der Arbeiter, welche ihre Erwerbsfähigkeit mindern, ohne Rücksicht auf die Entstehungsweise einheitlich zu entschädigen. F. L.

Zur ärztlichen Entschädigungspflicht wegen Kunstfehlers.

Durch die Zeitungen geht die Aufsehen erregende Mitteilung, daß ein bekannter süddeutscher Orthopäde wegen körperlicher Beschädigung eines Patienten zivilrechtlich zu einer großen Entschädigung verurteilt worden ist. Er hatte dem Urteilstenor zufolge einem Mann mit winkliger Versteifung des Kniegelenks, das Bein operativ gestreckt, dann einen Gipsverband angelegt und dann liegen lassen, obwohl angeblich am nächsten Tage die Zehen sich verfärbten und gefühllos wurden. Dann war er verreist, und als nach 12 Tagen die Zehen dunkelblau geworden waren, als auch Fieber eingetreten war, zeigte sich nach Abnahme des Verbandes Unterschenkel und Fuß brandig. Der Kranke mußte amputiert werden. Als sein Bruder Entschädigungsansprüche zu stellen drohte, verlangte der behandelnde Arzt einen schriftlichen Verzicht, da er sonst die Weiterbehandlung ablehne. Im gerichtlichen Verfahren ergab sich noch, daß der Beklagte sich in Widersprüche verwickelte und daß er keinerlei Krankengeschichte, Temperaturkurve oder dergl. vorlegte, obgleich er seinerseits die Angaben des Klägers als unglaubwürdig darstellte.

In unserer Zeit des schweren Existenzkampfes der Ärzte gegen die Kurpfuscher, sind Vorkommnisse dieser Art doppelt betrübend.

Mord durch Chloroform?

Die „Medizinische Klinik“ berichtet über einen bemerkenswerten Fall angeblichen Chloroformmords: Vor einiger Zeit war in Amerika ein Rechtsanwalt zum Tode verurteilt worden, weil er angeblich durch einen Mord sich in den Besitz einer 5 Millionen-Dollarerbschaft gesetzt hatte, die ihm ein gefälschtes Testament sichern sollte. Er wurde verurteilt auf die Aussage des Dieners des Verstorbenen, welcher gesehen haben wollte, wie der Rechtsanwalt ein mit Chloroform getränktes Tuch dem Schlafenden vor den Mund gehalten habe und ihn so zu Tode chloroformiert hätte, ohne daß derselbe vorher aufgewacht wäre. Dies mit Chloroform getränkte Tuch soll er dann in einen Ofen geworfen haben, in welchem es nach Aussage des Dieners mit explosionsähnlichem Aufflammen schnell verbrannt sei. Die Geschworenen glaubten dem Diener, die Sachverständigen bestätigten die Möglichkeit und so wurde er zum Tode verurteilt. Es gelang ihm, Berufung einzulegen. In dieser Zeit verschaffte er sich sämtliche Schriften, welche über die Wirkung des Chloroforms existierten und studierte dieselben ganz genau. Es gelang ihm auch, einige hervorragende Kenner der Wirkung des Chloroforms für seinen Prozeß zu interessieren und sie zu veranlassen, Versuche zu machen, zu denen er auf Grund seines Studiums über das Chloroform im Zuchthaus gelangt war. Diese Untersuchungen bestanden darin, daß der angebliche Mörder herausgefunden hatte, daß ein Schlafender garnicht chloroformiert werden könne, ohne erst zu erwachen. Und in der Tat ergaben alle, nunmehr von Sachverständigen angestellten Versuche, daß die Schlafenden sofort aufwachen, wenn man ihnen ein mit Chloroform getränktes Tuch vor das Gesicht hält. Ebenso konnte er durch Experimente, die die Sachverständigen gleichfalls nachprobten, feststellen, daß ein mit Chloroform getränktes Tuch ins Feuer geworfen, garnicht mit explosionsartigem Aufflammen schnell verbrennt, sondern daß es im Gegenteil sehr feuerwiderstandsfähig ist. So stellte die Kommission fest, daß mit Chloroform getränkte Tücher erst nach 51 Minuten in einem Ofen verbrannt waren. Es ist kaum zweifelhaft, daß dieses energische Studium des Chloroforms dem Angeklagten das Leben retten wird.

Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus werden vom 25. bis 29. April d. J., veranlaßt vom Zentralverband zur Bekämpfung des Alkoholismus, unter Leitung von Geh.-Rat Rubner im Hörsaal 50 der technischen Hochschule Charlottenburg, Berlinerstraße 151 abgehalten. Die Teilnahme ist unentgeltlich, das Programm ist gegen portofreie Einsendung von 10 Pf. durch Herrn Lehrer Kochanowski, Berlin O, Samariterstraße 35, zu beziehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker, Geh Med.-Rat, Berlin. Dr. Florschütz, Professor, Gotha. Dr. Fürbringer, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Haug, Professor, München. Dr. Hoffa, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Kionka, Professor, Jena. Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof., Berlin. Dr. A. Leppmann, Med.-Rat, Berlin. Dr. von Liszt, Geh. Just.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Ostertag, Professor, Berlin. Dr. Puppe, Professor, Königsberg. Radtke, Kaiserl. Geh. Reg.-Rat, Berlin. Dr. Roth, Reg.- u. Geh. Med.-Rat, Potsdam. Dr. Schwechten, Geh. San.-Rat, Berlin. Dr. Silex, Professor, Berlin. Dr. P. Stolper, Professor, Göttingen. Dr. Windscheid, Professor, Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:
Dr. F. Leppmann
Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabteilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. | № 9. | Ausgegeben am 1. Mai.

Inhalt:

Der Unterricht in der versicherungsrechtlichen Medizin.

Von
Professor Dr. P. Stolper,
Kreisarzt in Göttingen.

Auf Anregung Sr. Exzellenz des Herrn Staatssekretärs des Innern Dr. Graf v. Posadowsky-Wehner hat sich am 3. Oktober 1904 die Mitgliederversammlung des „Deutschen Vereins für Versicherungs-Wissenschaft“ eingehend mit der Frage der Förderung dieser beschäftigt. Unter den fünf Referaten*) fand sich auch eines betreffend den „Unterricht in Versicherungsmedizin“, erstattet von Herrn Prof. Dr. Florschütz, dem verdienstvollen Vertrauensarzt der Gothaer Lebensversicherungsbank, die ihrerseits mehrfach Anerkennung erntete für die wissenschaftliche Betätigung ihrer maßgeblichen Persönlichkeiten.

Es ist begreiflich und gewiß entschuldbar, daß dieser Redner das Hauptgewicht seiner Ausführung auf die Betonung der Lebensversicherungsmedizin und ihre Förderung legte. Aber der Aufgabe des Herrn Staatssekretärs ist er damit gewiß nicht erschöpfend gerecht geworden, denn das Staatsinteresse an der Förderung der Versicherungswissenschaft und ihrer Hilfsfächer insbesondere der versicherungsrechtlichen Medizin ist viel umfassender, wie auch aus den Ausführungen des Herrn Staatssekretärs in der Reichstagssitzung vom 3. März d. J. hervorgeht. Ich möchte fast glauben, dem Herrn Staatssekretär wird der Wunsch, für die Lebensversicherungsmedizin Förderungsmaßnahmen von den Praktikern kennen zu lernen, nur ganz von fernher mit Anlaß zu seiner Anregung gewesen sein.

Ihm, dem anerkannten Steuermann der alle privaten Versicherungsorganisationen überragenden Riesenmaschine der staatlichen Arbeiter-Versicherung hat diese vor allem am Herzen gelegen. Daß in deren Betriebe der Arzt eine nicht ganz untergeordnete Mitarbeit zu leisten hat, eine — absolut genommen — unendlich bedeutendere als bei den privaten Versicherungsgesellschaften, wer wollte das verkennen?

Als 1901 von einem unserer ersten Autoren auf dem Gebiet der Unfallheilkunde, Thiem-Kottbus, der Wunsch ausgesprochen war, man möchte eine alle Versicherungszweige umfassende Bezeichnung für das dem Arzte davon zufallende Gebiet der neuen sozialen Gesetze finden, da habe ich die Bezeichnung „versicherungsrechtliche Medizin“ vorgeschlagen. Je mehr ich mich seitdem mit den einschlägigen Fragen theoretisch und praktisch beschäftigt habe, desto mehr sehe ich, daß diese Be-

*) Zeitschr. f. d. gesamte Versicherungs-Wissenschaft IV. Berlin, Mittler 1904.

zeichnung zutreffend gewählt ist, weil sie in der Tat alles theoretisch wie praktisch Verwandte zusammenfaßt und zwar nicht blos aus dem größeren Gebiete des staatlichen Versicherungsrechts, sondern auch aus dem zwar kleineren, aber für die Interessenten nicht minder bedeutsamen Gebiete des Privatunfall- und Privatlebensversicherungsrechts.

Auch die später (1902) von mir betonte innere Verwandtschaft mit der gerichtlichen Medizin in bezug auf wissenschaftliche wie praktische Aufgaben muß ich — dem Widerspruche von Florschütz entgegen — durchaus aufrecht erhalten. Ich komme darauf später noch zurück.

Man hatte von „sozialer Medizin" gesprochen, aber dieser Begriff reicht weit über das Gebiet der versicherungsrechtlichen Medizin hinaus, schließt die Aufgaben der Hygiene und Wohnungsfürsorge, Nahrungsmittelaufsicht, schulärztliche Aufgaben, Bekämpfung der gemeingefährlichen Kranheiten, Hebammenwesen und vieles andere mehr in sich. Das läßt sich gewiß als Lehrstoff nicht alles in einer Hand, in einem Kopfe zusammenfassen.

Letzteres ist gewiß auch mit der versicherungsrechtlichen Medizin nicht der Fall, aber ihre Grundzüge, ihre praktische Richtung, die müssen gelehrt werden von einem besonderen Vertreter dieses neuen Sondergebiets praktischer Medizin. Der Staat hat naturgemäß in erster Linie ein Interesse daran, für die Durchführung seiner Gesetze geeignete Verwalter zu erziehen. Der Staat hat dem Arbeiter ein Recht auf Versicherung für den Fall der Erkrankung (im Krankenversicherungsgesetz), für den Fall der Erwerbsbeschränkung durch Unfall bei der Betriebsarbeit (im Unfall-Versicherungsgesetze), für den Fall der vorzeitigen oder der durch hohes Alter bedingten Invalidität (im Invaliden-Versicherungsgesetz) gegeben. Bei Durchführung dieses Arbeiterversicherungsrechts kann er der Ärzte nicht entbehren. Diese aber müssen sich seit Einführung desselben mit den aus ihnen erwachsenen neuen, gänzlich neuen Aufgaben vertraut machen. Darum erwächst dem Staat auch die Verpflichtung, den Ärzten Mittel und Wege zu geben, wie sie sich für die Erfüllung dieser neuen Aufgaben vorbereiten können. Ohne eine sorgfältige Schulung der Ärzte in der versicherungsrechtlichen Medizin — keine ideale Durchführung der Arbeiterversicherungsgesetze!

Für die Praxis der Krankenversicherungsgesetze bleibt noch viel mehr soziales Empfinden bei den Ärzten, zu wünschen, für die Praxis der Arbeiter-Unfallversicherungsgesetze noch eine erhebliche Schärfung des Rechtsbewußtseins der Ärzte, für die Praxis der Invalidenversicherung, noch solche und dazu mehr Verständnis für die Vorbeugung (Prophylaxe) der siech machenden Krankheiten der Menschen. Das sind große Aufgaben, die im zweiten Jahrzehnt nach der Gesetzwerdung der menschenfreundlichen Absichten der Staatsregierung noch nicht erfüllt sein können! Virchow tat vor 50 Jahren bereits, nicht ahnend, daß er den Anfang seiner Erfüllung wenigstens noch erleben würde, den Ausspruch, der uns Ärzte mit Eifer für diese Pflichten und mit Stolz erfüllen sollte: „Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen, und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion!" Ungleich häufiger als von dem Richter im Zivil- und Strafprozeß wird von dem Versicherungsrichter (dem Verwaltungsbeamten bei den Berufsgenossenschaften — im Schiedsgericht) der Arzt zur sachverständigen Erläuterung eines Streitfalles herangezogen, ungleich häufiger als dort ist hier sein Urteil wirklich ausschlaggebend. Handelt es sich dort in zwar sensationellen, so doch verhältnismäßig recht seltenen Fällen um ein Menschenleben, hier handelt es sich nicht gar selten um eine wirtschaftliche Existenz.

Das Arbeiterversicherungsgesetz muß seinem ganzen Geiste nach erfaßt werden gerade vom Arzte, wenn er nicht dem wohlwollenden Grundzuge desselben zuwider dem Arbeiter unrecht tun, oder in übergroßer Gebeseligkeit die Begehrlichkeit breiter Volkskreise ins Ungesunde steigern will auf Kosten aller an der Versicherung Beteiligten. Der Arzt darf sonst wohl eine Krankheit mit Besorgnis von vornherein ansehen, geht sie gut aus — nun so ist es für beide Teile nützlich, erfreulich; einem Versicherten aber darf der Arzt am Anfange die Voraussage nie zu ernst machen, denn es kann unabsehbare Folgen haben auf seine durch Begehrungsvorstellungen geschwächte Energie (Unfallneurose! Rentenhysterie!). Das gilt nicht weniger für Privatversicherte wie für unselbständige Arbeiter!

So ist die Erziehung der Ärzte für die Aufgaben der Arbeiterversicherung auch eine solche für die der privaten Unfallversicherung. Wenn der Staat an allen seinen Hochschulen jene fördert, so dient er also auch den privaten Unfallversicherungsgesellschaften, die doch recht eigentlich auch auf die Gesamtheit der Ärzte angewiesen sind.

Es bleiben also nur die an Zahl beschränkten Lebensversicherungsärzte, deren Interessen Herrn Florschütz so am Herzen gelegen haben, daß er bei ihrer Vertretung gelegentlich des erwähnten Referates wohl im Übereifer für seine Sache die Anschauung eines Anderen — die meine nämlich — durch Unwissenheit eben dieses Anderen begründet. Mich darüber hier mit Herrn Florschütz auseinanderzusetzen, scheint mir nicht angemessen. Aber für denjenigen, der meinen Vortrag von 1902 (!) nicht gelesen hat, muß ich die von Florschütz beanstandeten Sätze desselben wörtlich wiedergeben. Sie lauten: „Endlich wird es auch in Deutschland über kurz oder lang zu einer stärkeren Betonung der „Versicherungsmedizin" kommen, welche sich mit den die privaten Lebensversicherungsgesellschaften interessierenden Fragen befaßt. In Frankreich werden diese zum Teil auch allgemein-medizinisch wichtigen Angelegenheiten bereits in stärkerem Grade bearbeitet als bei uns, z. B. die versicherungsärztliche Beurteilung der überstandenen Brustfellentzündungen, der Thoraxanomalieen, der Gravidität, der Syphilis, der Fettleibigkeit, der Knochen- und Gelenktuberkulose, der Erblichkeit des Krebses u. a. Die Statistik der Lebensversicherungsgesellschaften ergibt über die genannten Verhältnisse wie auch über die Sterblichkeitsverhältnisse einzelner Stände schon heute viele Aufschlüsse von allgemeinmedizinischem Wert. Auch auf dieses Gebiet wird die versicherungsrechtliche Medizin der Zukunft sich erstrecken müssen, umsomehr, als in jüngster Zeit der Staat sein Aufsichtsrecht auch auf diese Privatversicherung ausgedehnt hat."

Bin ich nicht recht vorsichtig im Ausdruck des Gedankens gewesen, der auch die Hereinbeziehung des Lebensversicherungsgebietes in das Arbeitsfeld des gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Mediziners in sich schließt? Ich hatte eigene Erfahrungen im Sinn, die mir wünschenswert erscheinen ließen, daß sich der gerichtliche Mediziner auch etwas für Lebensversicherungsfragen interessiere. Ein Beispiel: Ein hochversicherter Mann wird tot neben seinem Gewehr und seinem Jagdstuhl im Walde gefunden. Die Angehörigen verlangen die Rente, sie meinen, es sei ein Jagdunfall vorliegend; die Gesellschaft verweigert sie, weil sie Selbstmord anzunehmen Veranlassung hat. — Der Gerichtsarzt wird dann in der Regel mit der Obduktion beauftragt. Sein Gutachten — ich habe mehrere solche Fälle im Auge — ist für den Ausgang des Prozesses doch oft recht wesentlich.

Es ist also doch nicht allein die Statistik, die Vertrauensärzte der Lebensversicherungsgesellschaften zu studieren haben.

Von deren Ergebnissen denke ich keineswegs gering, ich habe sie selbst oft genug für die Frage der ursächlichen Be-

deutung des Traumas für gewisse Krankheiten und deren Prognose herangezogen. Aber warnen möchte ich doch vor einer Überschätzung des Wertes der Statistik überhaupt und der aus Lebensversicherungsakten geschöpften im besonderen. Florschütz sagt: „Die Lebensversicherung ist eine Wahrscheinlichkeitsrechnung, und das und nichts anderes ist ihre Medizin". Ihre Unterlage sei nur die Statistik. Das ist eine Übertreibung, soweit es die Medizin betrifft. Die Bedingungen für die Aufnahme in eine Lebensversicherung werden verschärft und gemildert je nach dem jeweiligen Stande der allgemeinen medizinischen Erkenntnis und der Heilkunst. Die Schlußfolgerungen der Statistik werden da manchmal nachhinken. Ihre Fehlerquellen fließen allzureichlich, als daß sie durch die Menge des Materials überbrückt werden könnten. Wie groß ist die Verschiedenheit der Untersuchungsmethoden der Einzelärzte, ihre Erfahrung und Gründlichkeit! Der Florschütz der achtziger Jahre und der von heute würden in einem Zweifelsfalle wohl leicht zu recht entgegengesetzter Entscheidung kommen.

Wie dachte man vor 30 Jahren über Eingeweidebrüche? wie heute? Heute, wo in der Schweiz Bruchanlage und kleine Brüche nicht mehr vom Heeresdienst befreien, weil man die Träger eben operiert. Heute wiederum fürchtet man die sich in kleinsten Anfällen wiederholende „Blinddarmentzündung" wie ein Damoklesschwert; wie verhältnismäßig harmlos fand man sie noch vor 20 Jahren. So schwankt naturgemäß mit dem Niveau unserer allgemein medizinischen Erkenntnis einer Krankheit die Eignung ihrer Träger für die Lebensversicherung, und das wird auch keine noch so große Statistik wesentlich ändern. Auch die Lebensversicherungsmedizin wird sich dauernd an den nie versiegenden, mit den wissenschaftlichen Strömungen steigenden — fallenden Born der allgemeinen Medizin halten müssen; ich fürchte, daß ihr das ausschließliche Blättern in verstaubten Akten auf die Lungen fallen könnte.

Bislang ist das Ergebnis solchen Aktenstudiums für die Medizin noch nicht eben überwältigend. Florschütz gesteht selbst zu, daß für diese Arbeiten Unterstützung von außen nicht kommen kann, er weiß daher Vorschläge für eine theoretische und praktische Förderung in seinem Referat nicht zu machen. Der von Bischoff gegebenen Anregungen, die Versicherungs-Gesellschaften möchten ihren Vertretern mehr Gelegenheit zu wissenschaftlicher Betätigung geben, werden sich gewiß weitsichtige Vorstände nicht verschließen. Die Ergebnisse der Arbeiten dieser Praktiker aber wird dann gewiß alsbald die wissenschaftliche Medizin gern und im Interesse der Praxis des alltäglichen Lebens verwerten.

Nach meinem Dafürhalten hat also Florschütz in seinem Referat „Unterricht in der Versicherungsmedizin" die letztere einseitig als Lebensversicherungsmedizin aufgefaßt; er unterließ es, den Unterricht zu behandeln, der für die Praxis der staatlichen Arbeiterversicherungsgesetze notwendig ist. Deren Anforderungen fallen durchaus zusammen mit denen der privaten Unfallversicherung und Haftpflichtversicherung, sie decken aber, freilich nur zu einem kleinen Teil auch diejenigen der privaten Lebensversicherung. Der Staat hat an der Fortentwicklung der letzteren gewiß auch ein warmes Interesse, aber es muß naturgemäß zurückstehen hinter demjenigen für die Ausgestaltung der Reichsarbeitergesetze, im besonderen der hier uns interessierenden versicherungsrechtlichen Medizin.

Ihre Förderung muß daher vor allem ins Auge gefaßt werden. Das ist in jener Versammlung des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft merkwürdigerweise auch in der Diskussion unterblieben. Fast möchte es scheinen, als ob dies Gebiet ganz unangebaut gelassen werden sollte in diesem Verein, doch widerspricht dem die Tatsache, daß der verdienstvolle Geschäftsführer desselben, Manes, in seinen Zusammenstellungen es doch berücksichtigt. Das im Anhang gegebene Gutachten von Feilchenfeld behandelt schließlich noch die Einführung der Medizinbeflissenen in die Versicherungswissenschaft, aber nicht weniger wichtig scheint mir auch eine Schulung von Nichtmedizinern, von Juristen und besonders von künftigen Verwaltungsbeamten, wie auch der Versicherungsbeflissenen selbst, wie wir sie hier in Göttingen so viel haben, in den Fragen der praktischen Begutachtung. Meine eigene Erfahrung im Unterricht ist ja vorläufig noch eine geringe, und ich hoffe, daß ich in dieser Beziehung noch vieles lernen werde, aber es interessiert vielleicht die zuständigen Vertreter der staatlichen Versicherungsorgane nicht bloß, sondern auch die stärker im V. f. V. vertretenen Herren der privaten Unfall-, Haftpflicht- und Lebensversicherungsgesellschaften, wie ich mir den Unterricht in der versicherungsrechtlichen Medizin denke. Ich betone hierbei, daß ich meinen eigenen Lehrplan noch nicht ganz so ideal habe ausbauen können, wie er mir vorschwebt, weil ich hier in Göttingen vor etwa $1^1/_2$ Jahren in eine für mich in jeder Hinsicht neue Lebensstellung und zwar in eine Doppelstellung: als Kreisarzt und als Lehrer der gerichtlichen Medizin gekommen bin. Da kann naturgemäß noch nicht alles fertig sein. Überdies habe ich erst für den 1. April 1906 ein eigenes Institut zu erwarten, das aber, wie ich hoffe, Dank dem warmen Interesse des Kultusministeriums ein Musterinstitut werden kann und werden soll, und zwar ohne wesentliche Belastung des Etats.

Der Lehrer der versicherungsrechtlichen Medizin wie jeder Vertreter eines Faches an einer Hochschule muß sich auch insofern Maß und Beschränkung auferlegen, als er nicht zu viel Stunden für sich in Anspruch nehmen darf. Es wäre unbescheiden und unpraktisch, wenn er mehr als drei bis vier Stunden in einem Semester vom Studierenden für sein Fach verlangte.

Der Unterricht in der versicherungsrechtlichen Medizin muß an allen Universitäten eingeführt werden und zwar sowohl für Studierende aller Fakultäten, wie für Juristen, Versicherungsbeflissene und Mediziner im besonderen. An technischen und Handels-Hochschulen ist er in der Form eines Publikums ebenfalls notwendig; ein beamteter Arzt wird sich, wofern kein geeigneter Hochschullehrer vorhanden ist, überall, wo solche sind, dafür gewinnen lassen. Dasselbe gilt von den Bergakademien.

Dieser Unterricht ist in Zukunft an den Universitäten durchweg in die Hand des Vertreters der gerichtlichen Medizin zu legen. Wo dessen Arbeitskraft, wie z. B. in den großen Städten: Berlin, Breslau, Köln durch die Aufgaben als Gerichtsarzt und Lehrer der forensischen Medizin vollauf ausgenutzt wird, da wird sich eine zweite Kraft besonders leicht finden, der allerdings ein besonderer Lehrauftrag werden müßte, wenn er sich neben dem gerichtlichen Mediziner der Hochschule oder Akademie zur Geltung bringen will. In den Universitäten der kleineren Städte wie Greifswald, Marburg und Göttingen ist die Einbeziehung der versicherungsrechtlichen Medizin in das Lehrgebiet der gerichtlichen als ein sehr glücklicher Schritt anzusehen. Hier fehlt es an Obduktionsmaterial mit forensischen Qualitäten, da wird der akademische Lehrer auf die Begutachtung an Lebenden mehr Gewicht legen. Das Unterrichsmaterial aber ergibt hier, wo das Kreisarztamt mit dem akademischen verbunden ist, ersteres Amt in reichlichster Weise sowohl für gerichtsärztlichen wie versicherungsrechtlichen Unterricht. Der Kreisarzt wird besonders viel mit der Begutachtung von staatlichen Unfall- und Invalidenversicherten befaßt, er wird aber nicht eben selten auch von privaten Unfall- und Lebensversicherungsgesellschaften in Anspruch genommen.

Dem Kreisarzt als ihrem nächsten Vorgesetzten liefern die Hebammen z. B. vortreffliches und reichliches Material für den Unterricht über den Abort, Kindesmord und die vielen

einschlägigen Fragen. Als Kreisarzt aber lernt der Lehrer der versicherungsrechtlichen Medizin auch die Fabrikbetriebe bei seinen Revisionen gewerblicher Anlagen kennen, ihre Unfall-Verhütungseinrichtungen, die Anforderungen verschiedener Betriebe an die Leistungsfähigkeit ihrer Arbeiter und dergleichen mehr.

Eines bleibt freilich zu besorgen, ob bei so viel Pflichten, die sich durch Kreisarztamt, in akademischer Lehrtätigkeit, auf einen Menschen häufen, für wissenschaftliche Tätigkeit dem betreffenden Zeit genug übrig bleiben wird. Doch wird durch Gewährung geeigneter Hilfskräfte, bei Verzicht auf Privatpraxis, sich in Zukunft auch diese Schwierigkeit beheben lassen.

Wenn ich empfehle, den Unterricht in versicherungsrechtlicher Medizin auch auf Nichtmediziner auszudehnen, so bestimmt mich dazu vor allem eine sehr große Erfahrung in der Unfallpraxis, die ich mir im oberschlesischen Industriebezirk in der großen Tätigkeit des unvergessenen Professors Wagner in Königshütte und später in Breslau am Institut für Unfallverletzte und der mir unterstellten berufsgenossenschaftlichen Unfallstation erwerben konnte. Wie viel traurige Unfallfolgen könnten abgeschwächt, wenn nicht vermieden werden bei rechtzeitiger Krankenmeldung, bei rechtzeitiger Übernahme des Heilverfahrens durch die Berufsgenossenschaften? Wie viel Unkosten würden den Versicherungsorganen gespart? Aber da nützen alle Mahnungen des Arztes nichts, wenn sie nicht auf einen vorbereiteten Boden fallen, wenn bei den Verwaltungsbeamten nicht schon Verständnis vorhanden ist für alle diese Fragen. In diesem Sinne ist auch dem Theologen die Kenntnis des Arbeiterversicherungsrechts von hohem Nutzen, er vermag im stillen Walddörflein recht wertvolle Prophylaxe damit zu treiben. „Die Grundzüge der Versicherungswissenschaft sollen Gemeingut aller Gebildeten werden" hat Herr Regierungsrat Dr. Pietsch gesagt; ich stimme dem vollständig bei und glaube gesunde praktische Sozialpolitik zu treiben, wenn ich in meinem Publikum nicht bloß Medizinern, sondern auch Juristen und Theologen und wer es sonst hören will, das Recht der Arbeiter auseinandersetze, aber auch ihre ungebührliche Begehrlichkeit an Beispielen zeige, auf die vielfach ganz unbekannten Vorteile gewisser Bestimmungen, wie z. B. der Übernahme des Heilverfahrens, der Selbstversicherung gegen Invalidität und anderes hinweise. Ich habe die Freude, daß hier in Göttingen mehr als 60 Studierende in jedem Semester diese meine Vorlesung hörten. Wenn dies an allen Hochschulen der Fall sein wird, dann wird die Forderung von Pietsch in nicht allzulanger Frist in der Tat erfüllt sein.

Die Vorlegung von Unfall- und Invalidenakten wird mir durch mehrere Berufsgenossenschaften und die Landesversicherungsanstalt Hannover ermöglicht, die mir in dankenswerter Weise solche zur Verfügung stellen. An einem oder zwei Patienten vermag ich die wesentlichsten Gesichtspunkte der Begutachtung zu erläutern, vor allem die Methoden, wie man Gelenkversteifungen, Muskelatrophien objektiv, zahlenmäßig im ärztlichen Gutachten zum Ausdruck bringen kann und muß, wie man auch nervöse Beschwerden „objektivieren" kann, wie man Übertreibung nnd Vortäuschung aufdeckt.

Reichlichere Gelegenheit dazu bietet sich freilich erst im Privatkolleg (Praktikum).

In bezug auf diese halte ich eine Verbindung mit den Vorlesungen für zweckmäßig, die entweder obligatorisch sind, wie z. B. das gerichtlich-medizinische Praktikum für den Mediziner oder die wenigstens allgemein im Studienplan empfohlen werden, wie die Vorlesung über gerichtliche Medizin für die Juristen. Sie werden naturgemäß besser besucht. Es läßt sich dies sehr wohl tun, ohne Schädigung des gerichtlich-medizinischen Unterrichts im engeren Sinne, besonders dann, wenn man, wie ich hier in Göttingen es tue, auf den Unterricht in gerichtlicher Psychiatrie ganz verzichtet. M. E. sollten die gerichtlichen Mediziner das überall tun, wo, wie hier, der Psychiater der berufene Lehrer dieses Sondergebiets ist.

In Preußen wird künftig jede Universität ihre eigene gerichtsärztliche Unterrichtsanstalt haben. Sie sollten, meine ich, ihrem Unterrichtsgebiete gemäß heißen: „Institut für gerichtliche und versicherungsrechtliche Medizin" um auch äußerlich schon ihre erweiterten Aufgaben zu kennzeichnen. Ihr Lehrplan wäre etwa in folgendes Schema zusammen zu fassen:

A. Schülerkreis.

I. Mediziner im letzten Semester (bzw. im Examenssemester).

II. Nichtmediziner

a) Juristen — im fünften oder sechsten Semester,
b) Versicherungsbeflissene im vierten Semester,
c) Studierende aller Falkultäten.

B. Vorlesungen.

I. Publikum — einstündig: Praxis der Arbeiterversicherungsgesetze.

Für Studierende aller Fakultäten besonders aber für Juristen und Versicherungsbeflissene und Mediziner.

II. Privatvorlesung: Versicherungsrechtliche Medizin — einstündig.

Für Juristen.

(Ich lese in Verbindung damit gerichtliche Medizin für Juristen einstündig.)

Voraussetzung ist Teilnahme am Publikum ad I, möglichst im voraufgegangenen Semester.

III. Privatvorlesung — einstündig. Versicherungsrechtliche Medizin mit Demonstrationen von Unfall- und Invalidenrentenanwärtern, für Mediziner, die möglichst bereits das Publikum gehört haben.

Hier verbinde ich die Vorlesung vollständig mit dem gerichtlich-medizinischen Praktikum, das für die Mediziner obligatorisch ist, lese also zwei Stunden hintereinander und ohne strenge Sonderung der Disziplinen, sondern je nach Maßgabe des Materials.

C. Den Inhalt der Vorlesungen habe ich oben schon angedeutet.

Sobald ich im eigenen Institut wohl eingerichtet sein werde, bleibt zu erwägen ein „versicherungsrechtliches Praktikum, einstündig, für Versicherungsrechtler und Juristen" und ein „Praktikum für den Untersuchungsrichter, einstündig für Juristen."

Ich komme dann also auf 5, in maximo 7 Stunden Vorlesung in der Woche, für einen Kreisarzt reichlich genug; die Studierenden haben in einem Semester drei bis vier Stunden darauf zu verwenden.

Zum Schlusse möchte ich noch bemerken, daß ich keineswegs der Meinung bin, daß der Lehrer der gerichtlichen und versicherungsrechtlichen Medizin allein die versicherungsrechtlichen Fragen den Studierenden zu vermitteln hat. Das geschieht naturgemäß heute schon in jeder Klinik, in der chirurgischen nicht bloß, auch in der inneren, in der Augenklinik, wie in der Ohrenklinik und auch in der psychiatrischen und Nervenklinik. Alle Vertreter dieser Disziplinen haben schon mitgearbeitet an der Erforschung der Beziehungen zwischen Trauma und Krankheit und werden es weiter tun. Ihr Material ist ja heute so reich durchsetzt von Unfallsfällen, sie werden so oft als Gutachter dafür in Anspruch genommen, daß es ganz selbstverständlich in jeder Klinik auch zur Erörterung versicherungsrechtlicher Fragen kommt.

Aber eine Zusammenfassung der gesetzlichen Bestimmungen, die Heraushebung praktisch wichtiger Fragen, die formale Schulung für die ärztliche Sach-

verständigentätigkeit, das ist eine Lehraufgabe für sich und die muß am Ende der Studienzeit erfolgen. Die praktische Übung speziell des Mediziners wird dann im praktischen Jahr und später in der eigenen Praxis vor sich gehen, sie kann später erweitert und vertieft werden in den ärztlichen Fortbildungskursen, sei es an Universitäten, sei es an Akademien.

Für die zweifellos am stiefmütterlichsten behandelte Lebensversicherungsmedizin mögen die letztgenannten eine geeignete Lehrstätte sein.

Für den Unterricht in der gesamten versicherungsrechtlichen Medizin müssen aber alle Universitäten Einrichtungen vorsehen, und da sind es nach meinem Dafürhalten die gerichtlichen Mediziner, denen dieses Lehrgebiet gehört. Die Institute für gerichtliche Medizin müssen zu „Instituten für gerichtliche und versicherungsrechtliche Medizin“ erweitert werden. Die von Puppe in Königsberg neuerdings*) angeregte Idee, bei diesen Polikliniken für Begutachtung von Unfall- und Invalidenanwärtern einzurichten, kann ich indes als eine glückliche nicht ansehen. Denn ihre Durchführung verstößt gegen das alte gute Prinzip, daß man ohne Aufforderung der zuständigen Behörde und vor allem ohne genügende aktenmäßige Unterlagen ärztliche Gutachten nicht abgeben soll. Aber die Idee schließt doch die Einbeziehung der versicherungsrechtlichen Medizin in das Unterrichtsgebiet des gerichtlichen Mediziners ebenfalls in sich.

Göttingen, 6. April 1905.

Zum Kapitel der Nichtbeeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit nach dem Unfall-Versicherungsgesetz nicht unterliegenden Verletzungsfolgen.

Von

Dr. **M. Nonne,**

Oberarzt am Allgemeinen Krankenhaus Hamburg-Eppendorf.

Ich glaube, daß die Veröffentlichung der nachstehenden Photographien von Interesse sein dürfte. Eine ähnliche kleine Sammlung hat vor 11 Jahren C. Lauenstein in den Annalen der Hamburger Staatskrankenanstalten (Bd. IV, Jahrgang 1893/94**) publiziert. Ich meine, daß die hier der Öffentlichkeit übergebene Kollektion für sich selbst spricht und weitere Begleitworte unnötig erscheinen läßt: es handelt sich ausschließlich um Fälle, in denen von vornherein keine „Begehrungs-Vorstellungen“ (v. Strümpell) aufkommen konnten, da es sich bei den Verletzungen entweder nicht um „Betriebs-Unfälle“ im Sinne des Gesetzes oder um solche Unfälle handelte, die vor dem Inkrafttreten des Unfallversicherungsgesetzes die Personen befallen hatten.

Ich habe seit lange aus der Krankenzahl, die mir im Eppendorfer Krankenhause täglich vor Augen kommt, diejenigen Kranken, welche Verletzungsfolgen zeigten, gefragt, ob die Verletzung einem „Betriebs-Unfall“ entstamme, resp. wann die Verletzung acquiriert sei; seit drei Jahren habe ich angefangen, diejenigen Fälle zu photographieren, resp. photographieren zu lassen, bei denen die oben genannten Bedingungen zutrafen. Von den auf diese Weise erhaltenen Bildern habe ich nur die prägnantesten und nur — mit einer Ausnahme — solche, die Finger- und Handverletzungen betreffen, mitgeteilt. Andere Serien werde ich vielleicht folgen lassen.

*) Naturforscher-Versammlung in Breslau, 1904 und Ärztl. Sachv.-Ztg. 1904 Nr. 24.

**) C. Lauenstein, Beiträge zur Frage der Erwerbsfähigkeit von Personen, behaftet mit körperlichen Schäden und Verletzungen.

Dem Arzt, der viel mit der Begutachtung der Reste von Unfallschäden zu tun hat, sagen diese Bilder nichts neues, sie bestätigen nur die jetzt wohl allgemein anerkannte Tatsache, daß das in reinster Absicht geschaffene Unfallversicherungsgesetz zu Konsequenzen geführt hat, die die Urheber des Gesetzes nicht ahnten und nicht ahnen konnten. Der springende Punkt ist, daß beim Erlaß des Gesetzes einerseits nicht genug gerechnet wurde mit der Schwäche der menschlichen Natur, die durch Wohltaten nur zu leicht verwöhnt wird, und daß andererseits unterschätzt wurde die zündende Kraft des Gedankens des Rechtes auf Rente und die Unerträglichkeit des Gedankens, eine einmal bezogene Rente wieder aufzugeben. Wieviel schwieriger die der ärztlichen Sachverständigen-Beurteilung unterliegenden Fälle von Unfalls-Neurose sind, ist genugsam bekannt: längst dürfte allgemein anerkannt sein, daß in der überwiegenden Mehrzahl dieser Neurose-Fälle alle objektiven Symptome, wie sie uns die Untersuchung des Gesichtsfeldes mit Berücksichtigung aller Kautelen, die Untersuchung auf alle „Stigmata“, auf die „vasomotorischen“ Symptom-Komplexe etc. liefert, fehlen, und daß wir Ärzte da in unserer Abschätzung der Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit allein auf unser „persönliches Gefühl“ angewiesen sind. Daß die Verschiebung der Stellung des Arztes zum Kranken vom natürlichen Anwalt desselben zu seinem Richter das Verhältnis zwischen beiden von vornherein zu einem für beide Teile nicht befriedigenden macht, ist eine betrübende Nebenwirkung des Unfallversicherungsgesetzes, das nebenbei — bei freudiger und rückhaltloser Anerkennung aller Segnungen desselben für einwandsfreie und schwere Fälle — das Heer der Unzufriedenen vermehrt, und die moralische Kraft der Verletzten vermindert hat.



S. Verletzung des rechten Daumens; kein „Betriebs“-Unfall. Amputation des Endgliedes.
Tut volle Arbeit als Schieferdeckergeselle.



D. Verletzung der rechten Hand durch Kammräder.
Kein Rentenanspruch als Ausländer. Arbeitet als Schiffsreiniger und verdient M. 21 à Woche.



Neger. *Verlust der Hälfte des rechten Mittelfingers (bei einer Schlägerei).*
Tut volle Arbeit zu vollem Lohn als Schiffsheizer.



Sch. *Exarticulation des ganzen linken Zeigefingers nach Blutvergiftung, vor der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung.*
Tut volle Arbeit als Gelegenheits-Arbeiter zu vollem Lohn.



H. *1. Verletzung der linken Hand durch Schußverletzung, schwere Verstümmelung des 5. Fingers (kein „Betriebs"-Unfall). 2. Versteifung des rechten 4. Fingers im Mittelgelenk durch Unglücksfall (keine Rente, weil nicht versicherungspflichtig).*
Tut volle Arbeit zu vollem Lohn als Schiffsheizer.



W. *Verlust des rechten Zeigefingers und der Kuppe des 2. Mittelhandknochens vor der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung.*
Tut als Gelegenheits-Arbeiter Vollarbeit zu normalem Lohn.



Z. *(Fall von Dr. C. Lauenstein). Verletzung der linken Hand durch einen Axthieb (kein „Betriebs"-Unfall); bezieht keine Rente.*
Tut volle Arbeit als Tischler und verdient dasselbe wie seine Kollegen (Mk. 3,50 pro Tag).



P. *Verletzung der linken Hand vor der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung.*
Tut als Gelegenheits-Arbeiter volle Arbeit zu vollem Lohn.



H. Verlust des linken Daumens vor 28 Jahren durch eine Maschinen-Verletzung (vor der Unfall-Versicherungs-Gesetzgebung), außerdem Verdickung des rechten Knöchels nach Knöchelbruch vor 30 Jahren.

Tut als Lager-Arbeiter schwere Voll-Arbeit zu vollem Lohn.

Nach einer Kopfverletzung vor $^3/_4$ Jahren, die ohne die Symptome einer „Gehirnerschütterung" verlief, klagt p. H. jetzt auf „Voll-Rente".



V. 1869 Verletzung der linken Hand durch Quetschung (vor der Unfall-Versichernngs-Gesetzgebung), ist Schiffbauer und verdient 36 Mk. à Woche, tut andauernd Voll-Arbeit.



N. N. wurde in der Kindheit überfahren und erlitt schwere Verletzungen des linken Vorderarmes und der linken Hand.

Er ist Bleicher und verdient bei Vollarbeit Volllohn.



V. Im Anschluß an eine Knie-Gelenk-Entzündung Subluxation des Unterschenkels gegen den Oberschenkel im 17. Lebensjahr.

V. fuhr 20 Jahre als Matrose, arbeitet seither als Scheuermann und verdient vollen Lohn.

Endlich gebe ich noch zwei Bilder, die zeigen, daß nach schweren Phlegmonen, die zu Fingerversteifung und Verlust vom Zeigefinger geführt haben, auch die sämtlichen manuellen Funktionen des Arztes und Operateurs schon einige Monate, resp. wenige Wochen nach Abschluß der Behandlung möglich sind da, wo energischer Wille und ziel- nnd zweckbewußte Übung helfend mitwirken.



Dr. M., Arzt. Verletzung des linken Zeigefingers mit Mikrotom-Messer. Eröffnung des 2. Gelenks; Tendovaginitis purulenta. 1. Oktober 1900 Amputation des linken Zeigefingers. Seit Ende November 1900 als Arzt voll arbeitsfähig; nachdem im Verband zunächst eine Versteifung des Handgelenks und aller Fingergelenke eingetreten war.

M. war nicht versichert gegen Unfall.



Dr. R., Arzt. Verletzung des linken Zeigefingers bei einer septischen Operation; schwere Phlegmone; Amputation des Zeigefingers mit Resektion eines Teils des os metacarpi II. Die Versteifung von Finger III und IV nach wenigen Wochen völlig behoben; der Daumen im Interphalangealgelenk in der Beugung noch etwas behindert. R. operierte wieder als Chirurg zwei Wochen nach der Amputation.
R. war nicht versichert gegen Unfall.

Zum Schluß noch die Photographie der rechten Hand einer Krankenschwester, die im Anschluß an eine in der Kindheit acquirierte Osteomyelitis eine schwere Verstümmelung des I. Metakarpus davon getragen hatte.



X, Oberschwester. Verletzung des rechten Daumens im 12. Lebensjahre. Im Anschluß Osteomyelitis und nekrotische Austretung des größten Teils des I. Metakarpus.
Tut als Krankenschwester schweren Dienst.

Hamburg, im März 1905.

Über vermeintliche Gesundheitsschädlichkeit des Ungeziefermittels „Puffi", sowie eines gelben Handschuhfutters und bunter Abziehbilder

von

Physikus Dr. **Sieveking**,
Stadtarzt in Hamburg.

Von mehreren Seiten erfuhren wir, daß heftige Kopfhautentzündungen, ja Ekzeme des Oberkörpers, durch Gebrauch des Kopfläuse-Vertilgungsmittels „Puffi" verursacht sein sollten und veranlaßten deshalb eine chemische Untersuchung des Mittels. Dasselbe besteht danach vorwiegend aus hochsiedenden Kohlenwasserstoffen des Petroleums mit kleinen Mengen eines durch Chlorophyll grün gefärbten fetten Öls und ist mit gemischten Äthern des Äthyl- und Amylalkohols parfümiert. Gesundheitsschädliche Beimengungen bekannter Art konnten nicht aufgefunden werden. Es liegt deshalb die Vermutung nahe, daß das Mittel nicht die bestimmungsgemäße und vorauszusetzende Gebrauchsanwendung gefunden hat, daß es vielleicht in die Kopfhaut eingerieben worden ist, anstatt die Haare damit zu bearbeiten. Jedenfalls scheint es einstweilen nicht angängig, behördliche Warnungen dagegen zu erlassen. Es ist ja bekannt, daß, während die niedrigsiedenden Kohlenwasserstoffe des Petroleums durch Einatmung eine Reizung der Atemwege, Rausch, Bewußtlosigkeit, Kyanose verursachen (gewerbliche Vergiftung beim Reinigen von Petroleumtanks hier beobachtet), die höher siedenden vielmehr auf die Haut wirken. Eingerieben rufen sie starke Hautentzündung, Ekzeme, häufiger disseminierte Akne hervor (Husemann). Auch die noch höher siedenden Petroleumbenzine, welche zur Lösung von Wachs, Guttapercha, Kautschuk dienen, haben diese Eigenschaft. In einer hiesigen Gummikammfabrik, wo große Kautschukplatten zwecks oberflächlichen Klebrigwerdens mit Petroleum durch bürstenförmige, mit Handgriff und über die Hand zu streifendem Halteriemen versehene Feuchter bestrichen werden, sind bei verschiedenen Arbeitern Handekzeme hartnäckiger Art beobachtet. Nachdem dort aber seit längerer Zeit das Petroleum vorher durch eine auf Filz geschichtete Filtermasse von Kieselgur und gelöschtem Kalk filtriert wird, sind keine weiteren Ekzemerkrankungen vorgekommen. Auch das Paraffinum liquidum kann, bei Massage verwendet, Hautreizungen hervorrufen. Ein befreundeter Arzt teilte mir mit, er lasse das Paraffin stets vor solcher Anwendung im Wasserbade einige Zeit kochen und habe seither nie Hautreizungen gesehen, er vermute danach, daß auch bakterielle Schädigungen durch Paraffinum liquidum möglich seien.

Im vergangenen Winter wurde uns ferner gemeldet, daß ein im übrigen völlig gesunder Mann, nachdem er mehrere Tage ein Paar neue, gelb gefütterte Lederhandschuhe getragen hatte, sich wegen Ekzems beider Hände in ärztliche Behandlung habe begeben müssen, ohne daß sich irgend ein anderer Grund für die Erkrankung habe feststellen lassen als eben die Handschuhe. Eine Untersuchung des Futters ergab, daß giftige Metallfarben fehlten. Die Färbung durch einen organischen, wahrscheinlich einen Teerfarbstoff wurde vermutet. Über Berlin und Limbach i. Sa. wurde in Mühlheim der Farbenfabrikant ermittelt, der den Farbstoff als „Krisofonin" bezeichnete und von irgend welchen Gesundheitsschädigungen nichts wußte. Vermutlich handelt es sich um den Anilinfarbstoff „Chrysoidin" oder ähnliches, bei dessen Herstellung gewerbliche Gesundheitsschädigungen von Focke (zitiert bei Roth) berichtet sind. Auch hier konnte wegen des vereinzelt gebliebenen Falles behördlicherseits nichts weiteres getan werden.

Um Weihnachten 1904 wurden in verschiedenen hiesigen Zeitungen Abziehbilder als Ursachen schwerer Erkrankungen bei Kindern aufgeführt. Über einen angeblich in Berlin beob-

achteten Fall konnte nichts näheres ermittelt werden, der zweite Fall sollte in Altona vorgekommen sein. Dort war festgestellt, daß es sich um eine Phlegmone des Armes handelte, daß aber Abziehbilder überhaupt nicht in Frage kamen. Die chemische Untersuchung ergab, daß nicht die Farben von Abziehbildern bleihaltig sind, daß aber der Firnis oder ein ähnlicher Stoff chromsaures Blei enthält. Dieser ist aber im § 4 des Gesetzes vom 5. Juli 1887 vom Bleiverbot ausgenommen. Immerhin verdient die Frage weitere genaue Beachtung, insbesondere mit Rücksicht auf eine Mitteilung von Focke-Düsseldorf in der Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 3, S. 66 ff., wo Abziehbilder für eine Albuminurie verantwortlich gemacht werden.

Referate.

Chirurgie.

Ein Fall von Ostitis fibrosa.

Von Dr. Lissauer, Spezialarzt für Chirurgie und Orthopädie in Düsseldorf.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1905. Nr. 2, S. 51.)

Etwa 37 jähriger Mann, ohne hereditäre Anlagen oder Lues. 1894 Beginn eines Ermüdungsgefühles in den Beinen. Die Erscheinungen verschlimmerten sich binnen sechs Jahren ganz langsam, noch ohne den Beruf zu stören. 1901 zeigte sich ein Tumor am rechten Mittelfinger. Im selben Jahre erlitt Patient einen rechtsseitigen Oberschenkelhalsbruch. Etwa ein halbes Jahr später traten allmählich Verdickungen, Verkrümmungen und Erweichungen im Knochensystem ein. Vom rechten Oberschenkel ausgehend, befielen sie die Extremitäten, Rippen und Wirbelsäule. 1904 Tod an Marasmus. Die Sektion zeigte an allen befallenen Knochen hochgradigen Schwund und Umwandlung des Markes in eine bindegewebige, von Blutungen durchsetzte Masse. Die gebliebene Knochensubstanz war so brüchig, daß beim Aufheben der Leiche ein Oberarmbein brach. Nur in dem Fingertumor war ein Sarkom zu erkennen. — Die Ätiologie ist unklar. Verfasser hielt aber einen Zusammenhang mit dem Schenkelhalsbruch — einen entschädigungspflichtigen Unfall — dadurch für erwiesen, daß das lange Krankenlager und die damit verbundenen Ernährungsstörungen die schnellere Entwicklung des Leidens verschuldete. Die Versicherungsgesellschaft trat dem bei. Ob die Ostitis deformans durch ein Trauma entstehen kann, dafür bietet der Fall keinen Anhalt.

Ktg.

Die Bedeutung des Blutergusses für die Heilung des Knochenbruches. Heilung von Pseudarthrosen und von verspäteter Callusbildung durch Bluteinspritzung.

Von Prof. Dr. A. Bier.
(Aus der chirurg. Universitätsklinik zu Bonn.)

(Medizinische Klinik 1905, Nr. 1 und 2.)

Zum Wachstum und zur Regeneration von Gewebe gehören zwei Dinge, der „Reiz" und die Zufuhr von ausreichenden Nahrungsstoffen. Wenn es auch gelingt, durch künstliche Zufuhr von Ernährungsstoffen, z. B. durch venöse Hyperämie, den Knochen künstlich zu ernähren, so ist doch der Reiz das weitaus Wichtigste; denn das Gewebe, das wachsen will, erzwingt sich unter den ungünstigsten Verhältnissen eine genügende Nahrungszufuhr.

Zu den Bestrebungen, den fehlenden Reiz für die Knochenneubildung zu ersetzen, gehören die Einspritzungen reizender Stoffe (Alkohol, Jodtinktur usw.) an die Bruchstelle, das Reiben und Beklopfen der Bruchenden und anderes mehr.

Der hauptsächlichste Reiz und wahrscheinlich auch ein vortreffliches Ernährungsmittel für den jugendlichen Callus ist der Bluterguß. Fehlt er, wie bei blutig genähten oder komplizierten Frakturen, so erfolgt verspätete Heilung; wird er bei Pseudarthrosen durch Reiben, Beklopfen der Bruchenden künstlich geschaffen, so tritt beschleunigte Heilung ein.

Spritzt man Blut in die Bruchstelle, so ruft dieses bald eine Entzündung hervor. Die Gegend schwillt ödematös an, rötet sich und zeigt erhöhte Temperatur. Nach einigen Tagen bemerkt man, wie das an den Knochen gespritzte Blut zu einem scheinbar festen Ring wird und allmählich unmittelbar in den Callus übergeht.

Die Technik der Injektion ist einfach. Man entnimmt vermittels einer 30 ccm fassenden Spritze mit gutschließendem Stempel und dicker starker Kanüle Blut aus einer Vene des Verletzten, am bequemsten aus der Vena mediana in der Ellenbeuge und spritzt es am besten von einer Öffnung aus schnell unmittelbar auf die Bruchenden, womöglich einen erheblichen Teil unter das Periost und, wenn das geht, auch zwischen die Bruchenden, wobei oft ein sehr starker Druck notwendig ist.

Acht mitgeteilte Krankengeschichten illustrieren die Wirksamkeit der Methode. Niehues-Berlin.

Über Blutstillung an parenchymatösen Organen (Leber, Niere) mittels Heizluftdusche.

Von Dr. H. Schlee, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie in Braunschweig.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905. Nr. 8. S. 304.)

Verfasser hat mit einer elektrisch geheizten Heizluftdusche die Schneiderschen Versuche an Kaninchen nachgeprüft. Die Temperatur der Luft betrug unmittelbar an der Auslaßöffnung 160—170°; doch kam sie ein wenig niedriger zur Wirkung, da die Entfernung bis zu dem Organ, welches getroffen werden sollte, 5 cm betrug. Blutungen aus Nierenwunden, die mit scharfen Instrumenten angelegt waren, standen prompt in 15 bis 30 Sekunden. Es wurden aber in mehreren der Versuche so bedeutende Verbrennungen bis zur Nekrose erzeugt, daß die empfohlene Verwendung am Menschen doch wohl noch nicht als spruchreif angesehen werden kann. Ktg.

Thiosinamin bei Narbenkontrakturen.

Von Dr. Mellin, Assistenzarzt des Kreiskrankenhauses zu Britz.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 5. S. 175.)

Fall von ausgedehnter Verbrennung, in welchem 25 subkutane Injektionen mit einem Gesamtgehalt von 2,3 g Thiosinamin ohne üble Nebenerscheinungen zu schneller Erweichung der Narben und Lösung der Kontrakturen führten. Medikomechanische Behandlung und Massage unterstützten die Kur.

Ktg.

Trauma der Wirbelsäule. Tod 6½ Jahre später an Miliartuberkulose. Zusammenhang bejaht.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Kornfeld-Gleiwitz, O.-Schles.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904. Nr. 12.)

Der Fall ist dadurch merkwürdig, daß die Verletzung der Wirbelsäule erst 5 Jahre nach dem Unfall festgestellt wurde. Ein kräftiger, sehr wohlgenährter Arbeiter gerät unter 2 schwere Räder, die auf ihn herabrollen, und erleidet dabei „erhebliche Quetschungen der Brust und beider Beine". Vierwöchentliche Blasenlähmung, Beweglichkeitsstörungen beider Beine. Nach längerer Behandlung Besserung, dann wieder erhebliche Verschlimmerung. Erst im Juni 1903, nachdem der Kranke stark abgemagert war, wurde eine Verbreiterung am 10. u. 11. Brustwirbel bemerkt. Da hier auch der Druck besonders schmerzhaft war, wurde nun angenommen, daß der Verletzte seinerzeit dort eine Verletzung erlitten habe. Später Husten, Fieber, Tod im Oktober 1904. Die Sektion ergab neben alten abgekapselten schwieligen Höhlen, die als Residuen einer früh geheilten Tuberkulose zu deuten waren, eine frische Miliartuberkulose der

Lungen, ferner bindegewebige Verdickungen an den untersten Brustwirbeln und tuberkulöse Zerstörungen am 10. u. 11. Brustwirbel, die einen bis in den Wirbelkanal reichenden Spalt erzeugt hatten. Offenbar waren bei dem Trauma Tuberkelbazillen aus den alten Herden mobilisiert worden, waren an die Stelle der Wirbelverletzung gelangt, und hatten hier zu einer tuberkulösen Ostitis geführt. Von diesem Herde aus war dann später die Miliartuberkulose entstanden, der der Verletzte erlag.

Lehfeldt.

Über Behandlung und Dauerergebnisse bei Verletzungen und Verengerungen der männlichen Harnröhre.

Aus der Breslauer chirurgischen Klinik des Prof. Dr. v. Mecalicz.
Von Stabsarzt Dr. Georg Schmidt in Berlin.
(Deutsche Zeitschr. f. Chir.)

Sch. berichtet in einer ausführlichen Arbeit über die in der Breslauer chirurgischen Klinik an 131 Fällen von Verletzungen und organischen Verengerungen der männlichen Harnröhre gemachten Beobachtungen, erörtert die Entstehungsursache der Strikturen — in weitaus den meisten Fällen war entweder Gonorrhoe oder Trauma, in seltenen Tuberkulose und angeborene Anlage die Veranlassung —, beschreibt die angewandten unblutigen und blutigen Behandlungsmethoden und stellt ihre Endergebnisse nach dem bei persönlicher Vorstellung erhobenen Befund oder nach Auskünften der Kranken vergleichend zusammen. Seine Schlußfolgerungen lauten:

1. Die organischen Harnröhrenverengerungen stellen, wie die hohe durch sie verursachte Sterblichkeit und die große Zahl der Rückfälle zeigt, ein ernstes Leiden dar. Auch die Besserungen und Heilungen sind z. T. erst durch eine sehr langwierige und mühsame Behandlung erreicht, an der sich der Kranke selbst mit Ausdauer beteiligen muß.

2. Auf vorbeugende Maßnahmen ist der größte Wert zu legen. Die Bougiesbehandlung ist sowohl bei traumatischer wie gonorrhoeischer Ätiologie auf die geringsten Zeichen einer sich ausbildenden Verengerung hin frühzeitig einzuleiten und lange genug fortzusetzen. In regelmäßigen Zwischenräumen ist eine Nachuntersuchung vorzunehmen.

3. Insbesondere bedarf der Tripper als die überwiegende Entstehungsursache einer sorgfältigen Behandlung. Ihm folgt zwar nur in einem Teil der Fälle die Verengerung nach; wo sie aber eintritt, bedeutet sie für den Kranken wegen ihrer Hartnäckigkeit gegenüber therapeutischen Maßnahmen eine große Gefahr. Bestehen diese in operativen Eingriffen, so ist die Prognose anscheinend ein wenig besser wie beim unblutigen Verfahren.

4. Die seltenere äußere Harnröhrenverletzung führt fast stets zu einer Verengerung. Eine solche bietet aber für die ärztliche, insbesondere für die operative Hilfeleistung, die, wenn irgend möglich, in der Resektion mit Harnröhrennaht bestehen soll, günstigere Aussichten. Bei passender Auswahl an traumatischen Fällen bringt hier auch ein unblutiges Dehnungsverfahren für kürzere Zeit leidlich gute Erfolge. Ob sie ebenso von Bestand sind, wie die operativen, läßt sich nicht sagen, ist aber unwahrscheinlich.

5. Jede brüske Bougierung ist zu verwerfen, einsichtsvolle Beschränkung nachdrücklich zu fordern. Führen vorsichtige Versuche nicht zum Ziel oder drängen die Umstände zu energischer Hilfeleistung, so läßt sich die Blasenpunktion, u. a. mit Darmdrainage oder die Spaltung des Dammes überall ausführen. Alsdann ist der Kranke behufs weiteren operativen Vorgehens fachmännischer Behandlung zuzuführen. Verschleppte Fälle können oft auch durch die Operation nicht mehr gerettet werden.

6. Das Bestreben, mit dem unblutigen Verfahren auszukommen, darf nicht dazu führen, daß örtliche oder allgemeine Schädigungen sich ausbilden, und die Operation zu lange hinausgeschoben wird.

7. Die ungünstigsten Aussichten bildeten sowohl der Schwere der Erkrankungen, wie der endgültigen Heilungen nach die Fälle tuberkulösen oder kongenitalen Ursprungs.

Niehues-Berlin.

Eine seltene Betriebsverletzung des Penis.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg.
(Monatsschr. f. Unfall-Heilk. 1904 Nr. 12.)

Einem 16jährigen Arbeiter fliegt ein Stahlstück von einem Hammer durch Hose und Hemd gegen den Penis. Starke Blutung. Etwa 3 cm vor der Symphyse eine 1 cm lange stark blutende glatte Wunde. Die Betastung weist keinen Fremdkörper nach. Harnlassen ohne blutige Beimengung möglich. Reinigung, antiseptischer Verband. Nach 3 Tagen zeigt das Röntgenbild einen Stahlsplitter im Penis, der in Narkose durch Schnitt entfernt wird. Glatte Heilung.

Lehfeldt.

Innere Medizin.

Lyssa und Trauma. Ein Beitrag zu der Frage der traumatischen Beeinflussung innerer Erkrankungen.

Von Dr. Edwin Pfister, Arzt am deutschen Hospital in Kairo.
(Münch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 35.)

Ein 33jähriger Großkaufmann wurde von einem sicher tollwütigen Hunde in die Hand gebissen und unterzog sich vier Tage später auf ärztlichen Rat einer Injektionskur im Institut antirabique in Kairo. Er blieb gesund, bis er ein reichliches Vierteljahr später eine Kopfverletzung (Oberkopf) durch Schlag mit einem Stuhle erlitt. Der entblößte Schädelknochen wurde nach sachgemäßer Reinigung der Wunde durch Naht der Weichteile wieder bedeckt. Die Wunde kam primär zum Verschluß. Schon kurze Zeit nach diesem Vorfall begann eine Charakteränderung des Kranken und mit dieser der Ausbruch einer nach Aussage aller in Lyssa erfahrenen Ärzte, welche den Fall sahen, typischen Lyssa, welche mit dem Tode endete. Wenn auch die Obduktion leider nicht gestattet wurde, so glaubt Verfasser doch mit voller Sicherheit die Diagnose Tetanus ausschließen zu können.

Die fünf anderen, von demselben Hunde gebissenen und ebenfalls mit Seruminjektion behandelten Personen blieben gesund. Die Arbeit enthält eine ausführliche, sehr instruktive Krankengeschichte des Falles, sowie Bemerkungen über Lyssa falsa, welche im Original nachzulesen wären.

Seelhorst.

Ein Fall von Darminvagination infolge schweren Hebens mit Ausgang in Spontanheilung.

Von Dr. Baeskow in Wulfrath.
(Monatsschr. f. Unfallheilkunde 1905. Nr. 2. S. 56.)

Ein 21jähriger, schmächtiger Arbeiter erlitt beim Heben und Wiederauffangen eines entgleitenden schweren Steines plötzlich heftige Leibschmerzen. Erst nach drei Tagen konsultierte er den Kassenarzt, der ihn drei Tage später dem Krankenhaus überwies. Der Leib war empfindlich, hart gespannt, aber nicht aufgetrieben. Dabei unregelmäßiger diarrhoischer Stuhl und grünliches, saures Erbrechen. Kein Fieber. Die Behandlung bestand in Umschlägen, innerlich Eis und Opium, als Diät wenig Milch und Schleim, dazu etwas Kognak. Am 26. Tage entleerte Patient ein nekrotisches Darmstück, welches sich als das ganze Coecum mit dem Proc. vermiformis und einem Teil des Colon ascendens erwies. Danach in ca. zwei Monaten Heilung, die von Bestand blieb. Die Entstehung der Invagination wird in den starken Druckschwankungen gesucht, denen die Baucheingeweide beim Heben und dem schnellen Bücken, nach dem entfallenden Stein ausgesetzt waren. Es muß momentan

zu einer partiellen Lähmung der Darmperistaltik und des Sphinkter an der Ileo-Coecal-Klappe gekommen sein. Der unmittelbare Zusammenhang mit dem Unfall wird als fraglos angenommen. Mitteilung der Entscheidung ist vom Verf. in Aussicht gestellt.

Ktg.

La sélection médicale envisagée au point de vue de la tuberculose pulmonaire dans ses rapports avec les collectivités.

De Dr. Mahillon.

(Journ. méd. de Bruxelles 1904 Nr. 10.)

Die Statistik der Mutual Life insurance company zu New-York zeigt, daß die ärztliche Feststellung völliger Gesundheit bei der Aufnahme hinsichtlich der Tuberkulose keine Sicherheit über drei Jahre gewährt. Jenseits des dritten Jahres ist die Zahl der Todesfälle an Tuberkulose unter den Versicherten ebenso groß, wie unter der übrigen Bevölkerung. Von 5585 in den Jahren 1843—1898 Versicherten und an Tuberkulose Gestorbenen gehörten 18% dem 20.—45. Lebensjahre an. 53,5% dieser Todesfälle fielen in die ersten fünf Versicherungsjahre, 10% in das erste, 30% in das zweite und dritte Jahr. Man darf dies Ergebnis nicht einer unsorgfältigen ärztlichen Aufnahmeprüfung zuschreiben; denn die Sterblichkeit der Versicherten an Tuberkulose hat in der zweiten Hälfte der Berichtszeit erheblich gegen die erste abgenommen. Vielmehr ist anzunehmen, daß es eine Reihe von Erscheinungen der vorhandenen Infektion oder Anlage gibt, welche sich der Erkennung mit den jetzt bekannten diagnostischen Mitteln noch entziehen. Verfasser verlangt deshalb eine peinliche Prüfung der Erblichkeitsverhältnisse, des äußern Habitus, der voraufgegangenen Krankheiten und der Messungsergebnisse von Länge, Brust, Gewicht. Was die ererbte Disposition für eine Rolle spielt, erhellt ebenfalls aus den Zahlen der Versicherungsgesellschaft. Unter den von 1874—1893 an Schwindsucht gestorbenen Versicherten zwischen 20 und 29 Lebensjahren waren 28% frei von Heredität, der Rest erblich belastet, und zwar zur Hälfte von beiden Eltern und Geschwistern her, zu etwa einem Viertel vom Vater oder der Mutter allein. Daß eine sorgfältige Auswahl nach obigen Grundsätzen viel leistet, zeigt die Mitteilung des Verfassers über das Personal der von ihm ärztlich beratenen Caisse générale d'Epargne. Hier ist die Erkrankungsziffer an Tuberkulose unter den Beamten auf 2,5% herabgedrückt, obwohl das Personal täglich mit Sparkassen- und Pensions-Quittungsbüchern zu tun hat, die aus einer Bevölkerung mit 20% Tuberkulösen stammen.

Ktg.

Der Einfluß des seelischen Lebens auf die tuberkulösen Erkrankungen.

Von Dr. A. M. Pattantyus, Gefängnisarzt, Oberkomitatsphysikus.

Über dieses Thema hielt P. auf der III. Landesversammlung der Irrenärzte Ungarns in Budapest am 23./24. Oktober 1904 einen Vortrag. (Referat in der Januarnummer der Monatschrift für Kriminalpsychologie.)

1. Die vom Verfasser gefundene auffallend höhere Sterblichkeit an Tuberkulose beim „progressiven" Gefängnissystem, gegenüber der beim gemeinsamen Gefängnissystem, bei sonst gleichen hygienischen Verhältnissen konnte nur durch psychische Einflüsse erklärt werden. 2. Ebenso fand P. eine auffallend höhere Sterblichkeit besonders bei den weniger verderbten Erstbestraften (Seelenqualen, Scham, Hoffnungslosigkeit!). 3. Die Sterblichkeit innerhalb der 5 ersten Jahre der Haft betrug

bei den zu	5—10 jähriger Haft verurteilten	19,6%
„ „ „	10—15 „ „ „	31,5%
„ „	mehr als 15 „ „ „	40,0%

(Referent erinnert sich, daß es ihm auch in der bekannten Arbeit Baers über jugendliche Mörder und Totschläger im Archiv für Kriminalanthropologie 1901 auffiel, daß gerade der moralisch Bessere, Reuevollere die Lebensgeschichte mit dem frühen Tode an Tuberkulose im Gefängnis abschließt.)

Paul Bernhardt-Dalldorf.

Tuberkulose und Wäschereibetrieb.

Von S. Bernheim.

(Französ. Med.-Kongreß Okt. 1904. Journ. méd. d. Bruxelles 1904. Nr. 48.)

Verfasser hält die Art, in der jetzt schmutzige Wäsche in den Familien niedergelegt, gesammelt und den Wäschereien übergeben wird, für ein nicht genug beachtetes Mittel zur Übertragung ansteckender Krankheiten, speziell der Tuberkulose. In den Tuberkulose-Polikliniken zu Paris sind Wäscher und Wäscherinnen häufige Gäste. B. verlangt staatliche Bekämpfung der Gefahr durch Einführung hermetisch dichter Sammelbehälter für die Wäsche jeder Familie, Desinfektion vor dem Reinigungsprozeß und besondere Fuhrwerke für das Abholen schmutziger, wie für das Abliefern reiner Wäsche.

Auf diese Weise würde manche Krankheitsübertragung zu vermeiden sein. Meines Erachtens machen sich außerdem Familien regreßpflichtig, welche die Wäsche ansteckend kranker Mitglieder undesinfiziert den Wäschereien übergeben. Ktg.

Neurologie und Psychiatrie.

Beiträge zur Lehre von der Epilepsie.

Von J. Finckh.

(Archiv f. Psychiatrie. Bd. 39. Heft 2.)

Auf Grund von 250 Krankengeschichten der Tübinger Klinik unterzieht Verfasser einige allgemeine Fragen aus dem Krankheitsgebiet der Epilepsie einer sehr sorgfältigen Beurteilung. Die wichtigste Ursache der Epilepsie ist die hereditäre Belastung, die in etwa 3/4 der Fälle genuiner Epilepsie gefunden wird. 2/3 aller und etwa 4/5 der Fälle von genuiner Epilepsie kommen in den ersten 20 Jahren zum Ausbruch. Die Eclampsia infantum hält Finckh für kein selbständiges Krankheitsbild, sondern nur für einen Symptomenkomplex, der lediglich aus einem mit Krämpfen und Bewußtlosigkeit einhergehenden Anfall besteht und dessen Erscheinung von bestimmten äußern Ursachen abhängig ist. Mit der Epilepsie hat die Eclampsia infantum nur die Grundlage der pathologischen Minderwertigkeit des Gehirns gemein. Prodromalerscheinungen sah Finckh bei etwa 25% seiner Kranken, eine Aura war bei 87% der (gen.) Epileptiker vorhanden. 13 mal waren beide Arten von Vorboten zusammen vorhanden. Eine Hemmung des epileptischen Anfalls, welche nur infolge von Gegenreizen durch Einschaltung von Leitungswiderständen erfolgen kann, ist selten beobachtet. — Epileptoide Zustände kommen auch bei einer Reihe anderer Störungen des Zentralnervensystems vor. Im Krankheitsbild der Epilepsie sind es alle paroxystischen Erscheinungen, welche keine motorischen Reiz- oder Lähmungserscheinungen oder Bewußtseinsverluste aufweisen. Physiologisch stellen sie die leichtesten Erregungsentladungen im Gehirn des Epileptikers dar. — Je früher die Epilepsie einsetzt, um so schwerer ist gewöhnlich auch der Verlauf. Tendenz zu gehäuften Anfällen findet man gleichfalls um so eher, je früher Epilepsie ausbricht. Auch die geistigen Schwächezustände sind besonders zahlreich bei den in den ersten Lebensjahren Erkrankten. — 44 mal trat in den beobachteten Fällen die Epilepsie nach Trauma ein. Sehr häufig waren aber neben dem Trauma auch noch andere Ursachen vorhanden. (Heredität, Alkohol usw.) Der Charakter der traumatischen Epilepsie ist ein schwerer, der Ausgang in Demenz ziemlich häufig. — Als Spätepilepsie werden am zweckmäßigsten diejenigen Fälle von Epilepsie aufgefaßt, welche nach Abschluß der Entwicklung (nach vollendetem 25. Jahr) zum ersten Mal auftreten. Der Verlauf der Spätepilepsie, welche bei Männern

etwas häufiger als bei Frauen auftritt, ist im allgemeinen milder als derjenige der Früherkrankung.

Hoppe-Uchtspringe.

Hysterie in der Chirurgie.

Von Dr. Weljaminoff.

(Wratschebnaja Gazetta, 1904, Nr. 38.)

Bei hysterischen Individuen treten nicht selten Symptome auf, die in vielfacher Beziehung an verschiedene innere Erkrankungen erinnern. So werden z. B. hysterische Kontraktionen des Ösophagus oder Pylorus beobachtet, die nicht selten die Veranlassung zu überflüssigen Operationen abgeben. Es kommen auch Verengerungen des Dünndarms vor, die einen Tumor vortäuschen, aber ohne jegliche Behandlung vorübergehen. Bei der Stellung der Diagnose ist im Auge zu behalten, daß sämtliche hysterischen Erscheinungen sich durch ihre außerordentliche Veränderlichkeit auszeichnen, wobei die Intensität derselben mit der Psyche des Patienten, bei Frauen mit dem Auftreten der Periode in Zusammenhang steht. W. hat einige Fälle von hysterischen Kyphosen und Skoliosen beobachtet, die monatelang angehalten, zur Bildung eines Buckels geführt und heftige Schmerzen, sowie sogar Parese der Blase herbeigeführt haben, wobei es sich nichtsdestoweniger ergab, daß die ganze Krankheit durch Hysterie bedingt war. Eine andere Gruppe wenig bekannter hysterischer Erkrankungen stellen die sogenannten „seins hysteriques" dar, die schon im 17. Jahrhundert bekannt waren und besonders gut von Gilles de la Tourette beschrieben worden sind. W. hat innerhalb seiner 20jährigen praktischen Tätigkeit 63 Fälle dieser eigentümlichen Erkrankung beobachtet. Sie besteht in Anschwellung einiger Lobuli der Brustdrüse, die karzinomatöse Neubildungen vortäuschen. Die Grenzen der Schwellung sind sehr undeutlich ausgesprochen. Es werden zahlreiche einzelne Knoten von verschiedener Größe beobachtet. Auf die Frage nach dem Wachstum der Geschwulst erklärt die Patientin gewöhnlich, daß die Geschwulst ihren Umfang wechsle, sich bisweilen vergrößere, bisweilen aber verschwinde. Die Haut ist oberhalb der Geschwulst außerordentlich empfindlich. Bisweilen sind nagende Schmerzen in der Geschwulst selbst vorhanden. Die Dauer der hysterischen Schwellung ist sehr verschieden. Bisweilen verschwindet sie schon nach einigen Stunden, bisweilen bleibt sie ein Jahr und noch länger bestehen. W. hat vier klinische Modalitäten dieser seltenen Affektion beobachtet. Zum ersten Typus gehören junge, gut genährte Mädchen von lebhaftem, leidenschaftlichem Temperament, meistenteils Südländerinnen. Die Geschwulst verschwindet gewöhnlich bei diesen Mädchen nach der ersten Schwangerschaft und kommt dann nicht mehr wieder. Zum zweiten Typus gehören sehr nervöse Mädchen im Alter von 25—30 Jahren, die durch ihr wunderliches Benehmen auffallen und im alltäglichen Leben als Psychopathinnen gelten. Zum dritten Typus gehören Frauen im Balzacschen Lebensalter, d. h. die früh Witwen geworden sind oder impotente Männer haben. Zum vierten Typus gehören hysterische alte Frauen, die in medizinischen Büchern viel über das Carcinom der Brustdrüse gelesen haben. — Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß die Geschwulst aus ödematösem Stroma der Brustdrüse und einer Ansammlung von Epithelzellen in deren Kanälchen besteht. In chronischen Fällen kann die Geschwulst sich in ein diffuses Fibrom verwandeln (?? Red.). Diese Geschwülste dürfen unter keinen Umständen operiert werden. Verf. hat vier Fälle beobachtet, in denen in den Narben nach Entfernung der hysterischen Geschwülste sich tatsächlich Carcinom entwickelt hat. Demgegenüber gehen nichtoperierte Geschwülste niemals in Carcinom über und verschwinden bei entsprechender Behandlung von selbst. W. hat bei einer bejahrten Frau, die mit einer derartigen Geschwulst behaftet war, einen Zettel aus der Hand des berühmten Pirogow gefunden, in dem dieser versicherte, daß die Patientin kein Carcinom habe und nicht operiert werden dürfe. Kurz, W. gelangt zu dem Schlusse, daß keineswegs jede Brustgeschwulst, die bei einer Frau im Alter über 40 Jahren auftritt und mit Vergrößerung der Axillardrüsen einhergeht, als Carcinom gelten und zur Operation veranlassen darf.

Lb.

Gynäkologie.

Gibt es sichere Zeichen der Schwangerschaft in den ersten Monaten?

Von Herff-Basel.

(Correspond. der Schweizer Ärzte 1904 Nr. 21.)

Das neue Hebammen-Lehrbuch zählt als sichere Zeichen der Schwangerschaft auf: 1. sicher gehörte kindliche Herztöne, 2. sicher gefühlte Bewegungen, 3. sicher gefühlte Teile des Kindes, und betont, daß man die Herztöne, das vornehmste Zeichen, erst vom 6. Monat an hört.

Sarwey (Arch. f. Gynäkologie 1904 Nr. 39) hat nun die Behauptung aufgestellt, daß die fötalen Herztöne während des ganzen vierten und fünften Schwangerschaftsmonats durch die Auskultation regelmäßig nachweisbar sind. Dem widerspricht von Herff auf Grund von nach Tausenden zählenden Untersuchungen von Schwangeren in der ersten Hälfte der Schwangerschaft. Er hält es auch für unwahrscheinlich, weil er an Früchten aus der 12.—16. Woche, deren Herzen noch deutlich und kräftig schlugen, doch Herztöne bei sorgfältigster Auskultation nicht wahrnehmen konnte.

Für den Gerichtsarzt kommen für die Diagnose Schwangerschaft ferner in Betracht, die im Hebammen-Lehrbuch als „wahrscheinliche Zeichen" aufgeführten: 1. Ausbleiben der Regel; 2. Vergrößerung und Auflockerung der Gebärmutter; 3. die bläuliche Verfärbung der Scheide und das Auftreten des Gebärmuttergeräusches; 4. die Veränderungen an den Brüsten. Von Herff geht über diese für die Hebammen erschöpfenden Schwangerschaftszeichen hinaus und hält noch drei weitere Anhaltspunkte für sichere Schwangerschaftszeichen, die ein Geübter sich jedenfalls in manchen Fällen sehr wohl zu nutze machen kann:

1. Ballotement, wenn es innerhalb der Gebärmutter selbst erfolgt;
2. kräftige, ausgesprochene Zusammenziehungen der Gebärmutter. „Wird eine fragliche Geschwulst bei einer oder wiederholten Untersuchungen nachweisbar sehr hart und dann auffallend weich, „teigig-weich", so kann es sich nur um einen schwangeren Uterus handeln";
3. regelmäßiges Wachsen der Gebärmutter. Zu dieser Feststellung sind naturgemäß Untersuchungen in bestimmten Zeiträumen von 2—3 Wochen notwendig.

Bei Untersuchungen auf bestehende Schwangerschaft wird sich der Gerichtsarzt zweckmäßig diese Erfahrungen eines bewährten Klinikers dienstbar machen können.

Stolper-Göttingen.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Syphilis und Augenverletzungen.

Auf der 14. Versammlung rheinisch-westfälischer Augenärzte ist dieses Thema eingehend erörtert worden. Den Ausgangspunkt bildete ein Rentenstreitverfahren, in welchem sich Leber und v. Michel zu ungunsten eines Verletzten, Nieden (Bonn), Perlia (Krefeld) zu seinen Gunsten aussprachen. Der letztere berichtet über ihn folgendes: Einem 16jährigen Eisendreher flog ein Messingspan gegen die rechte Hornhaut, ein

Mitarbeiter entfernte ihn. Da die gewöhnlichen Reizerscheinungen anhielten, suchte der Patient den Augenarzt auf, der eine kleine Abschürfung fand; doch bald entwickelte sich eine rauchige Trübung in den tieferen Schichten der Hornhaut, schließlich das typische Bild der Keratitis parenchymatosa. Anamnestisch ergaben sich jetzt schwerwiegende Anhaltspunkte für lues hereditaria. Drei Wochen später wurde auch das linke Auge befallen. Der Verletzte mußte trotz energischer Kur seinen Beruf aufgeben, er sah große Gegenstände nur auf 2—3 Meter.

So ergab sich die praktisch wichtige Frage: Kann ein Trauma corneae eine typische Keratitis parenchym. hervorrufen? Ferner: Steht die linksseitige Keratitis in irgendwelchem Zusammenhange mit der Verletzung der rechten Kornea? Perlia kommt zur Bejahung beider Fragen im Gegensatz zu den andern Gutachtern, von denen zwei mit der Gleichartigkeit der binokulären Erkrankung ihre Ablehnung begründeten. Er weist auf die traumatische Fernwirkung bei anderen Diathesen hin, z. B. bei Tuberkulose, während Nieden (Bonn) aus der Literatur eine Anzahl Fälle zur Unterstützung der Auffassung Perlias heranzieht, drei von Bronner, zwei von Bietti, je einen von Valude, Breuer, von Czapodi, Morinami, Hummelshein. Auch Axenfeld und Eversbusch teilten die Auffassung, daß ein Trauma keratitis parenchymatosa auslösen könne.

Scheffels (Krefeld) sah Keratitis parenchymatosa nach zwei oberflächlichen Hornhaut-Fremdkörperverletzungen, freilich erst nachdem sieben Monate lang ein leichter Reizzustand vorgelegen hatte, sich entwickeln. Auch Limbourg (Köln) sah einen ähnlichen Fall und Plange (Münster) erlebte Keratitis parenchymatosa nach einer Paracentese der vorderen Kammer bei Iritis serosa. Über zwei ähnliche Fälle nach Iridectomie hat Mooren berichtet.

Diese Diskussion hat also ein Ergebnis gehabt, welches die Frage des Zusammenhanges von Augenverletzung und Syphilis im positiven Sinne im wesentlichen entschied.

Stolper-Göttingen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsversicherungsamt.

Bei der Verweigerung einer ärztlichen Untersuchung ohne jeden stichhaltigen Grund war die Annahme gerechtfertigt, daß der Unfall nachteilige Folgen nicht gehabt habe.

Der Hauer Michael K. ist am 15. Januar 1902 im Betriebe des Arsenikbergwerks Reichertrost beim Einfahren etwa 3 m hoch von einer Leiter herabgefallen und hat sich dabei angeblich ein Wirbelsäulenleiden zugezogen. Nach den Angaben der Unfallzeugen hat K. bei dem Herabgleiten die Fahrtbühne mit dem Rücken nicht berührt und auch keine Klagen über Schmerzen im Rücken geäußert. K. ist vom Sektionsvorstande wiederholt zur Untersuchung vorgeladen worden, ohne jedoch zu erscheinen. Mit Schreiben vom 13. November 1902 wurde er zum drittenmal mit der ausdrücklichen Verwarnung vorgeladen, daß die Gewährung einer Rente abgelehnt werden müßte, wenn er dieser Aufforderung nicht nachkommen würde. Als K. weder auf dieses Schreiben antwortete, noch zur Untersuchung erschien, wurde ihm der Bescheid erteilt, daß sein Entschädigungsanspruch zurückgewiesen werde, da er es unmöglich gemacht habe, die behaupteten Unfallfolgen festzustellen. Die hiergegen erhobene Berufung ist verworfen worden. Sodann legte K. Rekurs ein und beantragte Zuerkennung einer Rente, indem er ausführte, seine Weigerung, sich in das Knappschaftslazarett in Waldenburg zu begeben, sei gerechtfertigt gewesen, da er in diesem Krankenhaus während dreier Wochen erfolglos behandelt worden sei und daher von einer erneuten Behandlung ein günstigeres Ergebnis nicht zu erwarten gewesen wäre.

Nachdem der Kläger in der Verhandlung vor dem R.-V.-A. vom 27. Februar 1904 sich bereit erklärt hatte, sich zum Zwecke der Beobachtung in das Knappschaftslazarett in Waldenburg zu begeben, ist auf seinen Antrag das Verfahren zunächst ausgesetzt worden. Kläger ist dann vom Sektionsvorstande mittels eingeschriebenen Briefes vom 16. März 1904 aufgefordert worden, sich am 22. März 1904 in dem Krankenhaus in Waldenburg zur Aufnahme zu melden, dieser Aufforderung ist er aber nicht nachgekommen, und er hat die Annahme eines zweiten, dieselbe Aufforderung enthaltenden eingeschriebenen Briefes vom 14. April 1904 verweigert. Der Rekurs wurde daraufhin zurückgewiesen. Gründe:

Dem Kläger ist eine Entschädigung für die Folgen eines ihm am 15. Januar 1902 zugestoßenen Betriebsunfalls von der Beklagten versagt worden, weil er ihrer Aufforderung, sich zur Feststellung der etwa vorhandenen Unfallfolgen in das Knappschaftslazarett in Waldenburg zu begeben, nicht nachgekommen und deshalb angenommen worden ist, daß die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Folgen des Unfalles nicht zurückgeblieben sind. Dieser Auffassung hat sich ebenso wie das Schiedsgericht auch das R.-V.-A. angeschlossen. Denn der Kläger ist zunächst fünfmal von der Beklagten und dem Schiedsgerichtsvorsitzenden angewiesen worden, zum Zwecke seiner Untersuchung und Beobachtung in das Krankenhaus zu gehen, hat dies aber nicht getan. Die für seine Weigerung angegebenen Gründe sind nicht stichhaltig. Seine Behauptung, er sei nicht transportfähig gewesen, ist durch die Bekundung des Knappschaftsarztes Dr. W. in Reichenstein vom 7. November 1902 widerlegt; ebenso ist seine Angabe, er habe kein Reisegeld gehabt, unrichtig, da er solches von der Beklagten erhalten hatte. Endlich ist es auch, wie aus der Auskunft der Polizeiverwaltung in Patschkau vom 31. Juli 1903 hervorgeht, unwahr, daß seine Frau wegen Krankheit seiner Pflege bedurft habe. Die Hinfälligkeit der Weigerung des Klägers ergibt sich aber auch daraus, daß er, obwohl er sich vor dem R.-V.-A. ausdrücklich bereit erklärt hatte, ins Krankenhaus zu gehen, der noch zweimal an ihn ergangenen Aufforderung ohne Angabe eines Grundes nicht nachgekommen ist. Bei dieser Sachlage war und ist die Beklagte berechtigt, aus dem Verhalten des Klägers den ungünstigsten Schluß hinsichtlich der durch den Unfall herbeigeführten Folgen zu ziehen und anzunehmen, daß die Erwerbsfähigkeit beeinträchtigende Folgen des Unfalles nicht zurückgeblieben sind. Allerdings behauptet der Kläger, sich eine Wirbelentzündung zugezogen zu haben. Dies erscheint aber nicht glaubhaft; denn wie aus den Bekundungen der Zeugen W. und T. hervorgeht, hat der Kläger bei dem Unfalle die Fahrtbühne mit dem Rücken nicht berührt und auch nicht über Schmerzen im Rücken geklagt. Da der Kläger sich einer Untersuchung ohne jeden stichhaltigen Grund entzogen hat, so ist die Annahme gerechtfertigt, daß der Unfall nachteilige Folgen nicht gehabt hat. (Compaß.)

Aus dem Kammergericht.

Strafbare Ankündigung von Heilmitteln.

Die Witwe O., welche in Hannover die Heilkunde ausübt, hatte im Tageblatt ein Inserat veröffentlicht, in welchem ausgeführt wurde, daß sie Diphtheritis, Scharlach, Halsleiden etc. am besten zu heilen vermöge; zahlreiche Personen verdanken ihr ihr Leben. Die Witwe O. pflegt ihren Patienten ein Universalwasser zu verabfolgen, welches aus Salmiak, verdünnter Salzsäure, Eisen, Zucker etc. zusammengesetzt ist. Das Landgericht zu Hannover verurteilte die Angeklagte auf Grund der Polizeiverordnung vom 26. Mai 1903 zu einer Geldstrafe in Höhe von 30 Mark, weil sie ein Heilmittel angekündigt und diesem besondere Wirkungen beigelegt habe, die es nicht besitze. Gegen

das Urteil des Landgerichts legte die Witwe O. Revision beim Kammergericht ein und behauptete, sie habe überhaupt kein Heilmittel, sondern eine Heilmethode angepriesen. Das Kammergericht hob auch die Vorentscheidung auf und wies die Sache an das Landgericht zur anderweiten Verhandlung und Entscheidung zurück, um zu prüfen, was das Publikum bei der Ankündigung in der Zeitung gedacht habe. Nach der erwähnten Polizeiverordnung machen sich aber nicht approbierte Personen auch in dem Falle strafbar, wenn sie unwahre Angaben über ihre Erfolge machen. M.

Aus dem Oberverwaltungsgericht.

Konzessionsentziehung.

Peter Vieg zu Repelen war Geschäftsführer einer Privatkrankenanstalt Jungborn. Die Konzession war unter der Bedingung erteilt worden, daß die Leitung einem approbierten Arzte übertragen werde. Diese Bedingung war aber nicht erfüllt worden, denn der eigentliche Leiter der Anstalt war der Pastor Felke. Auf Antrag der Polizeibehörde wurde vom Bezirksausschuß auf Zurücknahme der Erlaubnis zum Betriebe der fraglichen Anstalt erkannt. Das Oberverwaltungsgericht bestätigte die Vorentscheidung, da feststehe, daß der Pastor Felke bezüglich der ärztlichen Behandlung die maßgebende Person in der betreffenden Anstalt sei. M.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wilhelm Ebstein, Prof. Dr. Die Fettleibigkeit (Korpulenz) und ihre Behandlung nach physiologischen Grundsätzen. Achte sehr vermehrte Auflage. Wiesbaden 1904. Verlag von J. F. Bergmann. 202 Seiten.

Die bekannte Schrift Ebsteins liegt jetzt — 22 Jahre nach ihrem erstmaligen Erscheinen — in achter Auflage vor und hat allmählich den Umfang einer kleinen Monographie erreicht. Der Erfolg des Buches zeigt, daß es den Bedürfnissen der Praktiker entgegen kommt. Wenn auch die Mehrzahl der auf diesem Gebiete erfahrenen Ärzte heute insofern einen von Ebstein abweichenden Standpunkt einnehmen dürfte, als sie die Entfettung nicht nach einem bestimmten Schema, also auch nicht nach den Ebsteinschen Vorschriften vornimmt, so verdient doch sein Buch auch jetzt noch das Interesse ärztlicher und naturwissenschaftlich gebildeter Kreise. Die Übersichtlichkeit der Darstellung ist in der neuen Auflage durch eine Reihe fettgedruckter Überschriften im Text erhöht; auch ist ein Inhaltsverzeichnis und ein alphabetisches Sachregister beigegeben worden. R. Stern.

Adolf Schmidt, Prof. Dr. Die Funktionsprüfung des Darmes mittelst der Probekost, ihre Anwendung in der ärztlichen Praxis und ihre diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse. Mit einer Tafel. Wiesbaden 1904. Verlag von J. F. Bergmann. 59 Seiten.

Der Verf. hat sich im Laufe der letzten Jahre bemüht, gemeinsam mit Strasburger (Bonn) eine für die Praxis verwertbare Methode der Funktionsprüfung des Darmes auszuarbeiten. Er gibt in der vorliegenden kleinen Schrift eine präzise Darstellung der von ihm in letzter Zeit vereinfachten Methode, die auf einer Untersuchung der Fäces nach mehrtägiger Darreichung einer bestimmten Probekost beruht. Die Darstellung Schmidts kann auch denjenigen Praktikern, welche nicht in der Lage sind, kompliziertere Untersuchungen anzustellen, sehr empfohlen werden; denn sie gibt mehr als der Titel verspricht: sie enthält eine kurze und klare Darstellung der Methoden der Stuhluntersuchung — hier wird die makroskopische Untersuchung mit Recht als die für den Praktiker wichtigste bezeichnet — ferner eine Übersicht der pathologischen Fäcesbefunde bei den Erkrankungen des Magendarmkanals, der Leber und des Pankreas. Es ist zu hoffen, daß die übersichtliche und auf reiche, eigene Erfahrung gegründete Darstellung Schmidts dazu beitragen wird, die in den Kreisen der Praktiker noch recht verbreitete Abneigung gegen die Untersuchung der Fäces zu überwinden. R. Stern.

Passow, A. (Berlin): Die Verletzungen des Gehörorganes. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1905.

Das ist so recht ein Buch für die Praxis des Gutachters, erschöpfend in der Darstellung der pathologisch-anatomischen Zustände, knapp in der Anführung der Symptome, kritisch in der Bewertung der vielen Untersuchungsmethoden, gegründet vor allem auf eine größtmögliche Eigenerfahrung und auf eine vertiefte Kenntnis der Literatur, die in 844 Nummern sorgfältig zusammengestellt ist. Die Anordnung des Stoffes wird der Anatomie wie der Praxis gerecht: Verletzungen der Ohrmuschel (einschl. Erfrierung), Othaematom und Perichondritis derselben, Verletzungen des äußeren Gehörganges, des Trommelfelles, der Paukenhöhle, Fremdkörper im Ohr, Verletzungen der Tuba, des Warzenfortsatzes, des schallempfindenden Apparates; — Hysterie und traumatische Neurosen — Begutachtung (versicherungsrechtlich — forensisch-militärärztlich), das sind die wohl in sich abgeschlossenen Themata, die untereinander doch wieder zusammenhängen.

Aus dem Buche, das jeder Arzt mit wachsendem Eifer lesen wird, seien hier die für den Sachverständigen in versicherungsrechtlichen und gerichtlichen Gutachten wesentlichen Punkte hervorgehoben.

In bezug auf die Ohrmuschel interessiert den Gerichtsarzt, daß Gangrän derselben durch 5 prozentige Karbollösung, durch zu fest angelegten Verband beobachtet ist. Versicherungsrechtlich kommt nur die Entstellung in Betracht, die Hörfähigkeit wird selbst durch gänzlichen Verlust nur sehr wenig beeinträchtigt, so daß nur ersteres Moment in die Wagschale fällt.

Von dem seiner Zeit sehr heftigen Streit um die Natur der Othaematome ist es jetzt stiller geworden, Passow gibt dem Trauma dafür anscheinend eine Vorrangstellung, und teilt auch die Auffassung derjenigen Autoren, die für die Otocysten eine traumatische Ursache annehmen, vorwiegend tangential wirkende Gewalten. Dem Referenten will es scheinen, als ob für diese „Cysten“ von Hartmann das alte Morel-Lavalléesche Décollement traumatique bzw. Gussenbauers „traumatisches Lymphextravat“ zur Erklärung herangezogen werden müßte, das auch unter der freilich irrtümlichen Bezeichnung Meningocele spinalis traumatica spuria an der Kreuzgegend vorkommt.

Von den Frakturen des äußeren Gehörganges, meist Teilerscheinung von Basisfrakturen, bleiben gelegentlich Kallus-Strikturen zurück, die durch Retention des Cerumens üble Folgen noch lange nach der Unfallheilung zeitigen können. 36 isolierte Frakturen im Meatus durch Stoß gegen den Unterkiefer sind bekannt, darunter mehrere doppelseitige durch Stoß gegen das Kinn.

Von den Trommelfellverletzungen: Oberflächliche Läsionen, Gewebstrennungen in der Membran ohne Zerreißung des häutigen Überzuges und der perforierenden Wunden, interessieren den Sachverständigen, besonders die letzteren. Ihre Lokalisation hat nichts charakteristisches.

„Sobald die Frage, ob eine Ruptur erfolgte, einige Zeit nach der Verletzung an uns herantritt, ist sie nicht mehr zu beantworten, denn Narben bieten nicht mehr genügende Anhaltspunkte für die Differentialdiagnose, und bei eingetretener Eiterung verändert sich die Rißwunde schnell derart, daß sie nicht mehr von einer Perforation bei Otitis zu unterscheiden ist.“

Anamnese und Verlauf gestatten nur eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose. „Niemals kann man in älteren Fällen sagen, daß die Perforation durch Trauma entstanden ist, aber auch das Urteil nach der negativen Seite ist schwer.“

Subjektive Beschwerden fehlen frisch nach der Verletzung selten. Die Kranken geben an, manchmal jähen Schmerz, zuweilen ein Krachen, dann Dumpfheit in der betreffenden Seite und lautes Sausen, mit Herabsetzung der Hörweite bemerkt zu haben. Auf Labyrinthbeteiligung deuten Schwindelgefühl und Erbrechen.

Vom Spiegelbild der frischen Ruptur gibt Verfasser mehrere gute bunte Bilder. Größere frische Risse sind meist zackig und ihre Ränder mit Blutborken bedeckt. Letztere können kleine Rupturen ganz verdecken. Diese Blutgerinnsel sind das charakteristische. Besteht bereits Otitis, so kann im Anfange dieser noch der fetzige Rand und eine Mitverletzung des äußeren Gehörgangs für diese sprechen.

Daß Ausspülungen, Abtupfen und andere Manipulationen in solchen Fällen streng verboten sind, wird besonders betont. Trommelfellrupturen bei Sturz auf den Kopf ohne Schädelbruch kommen vor und sind nach Passow wohl durch die Erschütterung allein zu erklären. Schwartze sah Rupturen durch Schneebälle, Barnich durch Schlägerhieb gegen die Fechtmaske, Passow 4 Fälle durch Knallerbsen und häufig sind sie ja durch in der Nähe des Ohres abgegebene Schüsse, Detonationen. Bei Artilleristen sah Müller an 96 Trommelfellen 44 mal Veränderungen im Blutgehalte, 6 mal Ecchymosen — nach 70 Kanonenschüssen. Noch nicht ganz aufgeklärt ist die Entstehung von Trommelfellrupturen bei Erhängten, bei denen bekanntlich auch Hämorrhagien in der Paukenhöhle, in den Cellulae mastoideae gefunden werden.

Chronisch-katarrhalische und sklerotische Prozesse können nach Passow durch heftige Erschütterungen und direkte Verletzungen gelegentlich eine Verschlimmerung erfahren. Polypen in Ohren können nach solchen stärkere Blutungen ergeben.

Als Kunstfehler bei der Fremdkörperbehandlung hat Bernhardt bezeichnet:

1. Jedes Manipulieren im dunklen ohne Reflektor, sowie das Unterlassen einer vorgängigen Untersuchung event. mit dem Ohrtrichter.

2. Das Operieren in der Tiefe ohne Narkose und genügende Assistenz bei Kindern unter allen Umständen, bei Erwachsenen, wenn sie nicht ruhig und verständig sind.

3. Die Anwendung der gewöhnlichen geraden, ungekreuzten Pinzette. Passow hält diese, sofern sie nicht zu plump, nicht in jedem Falle für unbrauchbar.

4. Planlose Fortsetzung der Extraktionsversuche, wenn schon Wunden gesetzt sind. — Nach Passow ist jeder planlose Versuch unstatthaft. Ein otiatrisch nicht vorgebildeter Arzt sollte nach ihm solche überhaupt nicht vornehmen, zumal wenn schon Wunden gesetzt sind.

5. Das Nichtsorgetragen für Überführung in otiatrische oder spezialistisch-chirurgische Behandlung, wenn nach vergeblichen Extraktionsversuchen Fieber oder Hirnerscheinungen auftreten, oder wenn auch nur Läsion der Paukenhöhle anzunehmen ist.

80 % aller Fremdkörper lassen sich durch Ausspritzen entfernen.

Verletzungen der Tuba Eustachii werden frisch meist übersehen. Schwerhörigkeit, subjektive Geräusche, Dumpfheit, im Ohr weisen später daraufhin; objektive Zeichen sind: eingezogenes, trübes, glanzloses Trommelfell von typischer dunkelgrauer oder dunkelblauer Färbung.

Bezüglich der Verletzungen des schallempfindenden Apparates sei auf die klaren Ausführungen des Originals verwiesen und nur herausgehoben, daß auf Erkrankung der Schnecke subjektive Geräusche (Reizerscheinung) und Hörstörung (Ausfallerscheinung) hinweisen (Zerstörung des Endapparats des N. cochlearis bedingt Taubheit). Schädigungen des Vorhofes und der Bogengänge äußern sich in Gleichgewichtsstörungen, Schwindelgefühl und Nystagmus (Reizerscheinungen), aber auch in Ausbleiben des Drehschwindels, Nystagmus und Beeinträchtigung des Orientierungsvermögens (Ausfallerscheinungen).

Bezüglich der Schädigungen des Ohrs durch starke Schwankungen des Außendrucks wird auf die Arbeit von Heller, Mayer und von Schrötter (Wien, Hölder, 1900) verwiesen, die allein durch das mechanische Moment (Kompression — Dekompression) direkte Läsionen, indirekte bei Schädigung des Gesamtorganismus beobachteten. Letztere erklären sie durch rasche Dekompression. „Nach rascher Dekompression tritt freies Gas (fast reiner Stickstoff) im Blute auf. Seine Anwesenheit im Blutsystem führt einerseits zu schweren Herz- und Lungenerscheinungen, andererseits zu embolischen Nekrosen im Zentralnervensystem. Solche Gasembolien schädigen auch das Labyrinth.“

Künftig werden Chirurgen, die mit der Sauerbruchschen Kammer operieren, an sich selbst gewisse Wirkungen von Druckschwankungen im Gehörorgan kennen lernen, wie dies Referent an sich selbst erfahren hat, als ihm von Herrn Dr. Sauerbruch diese neue Einrichtung demonstriert wurde.

Bezüglich eines Satzes, betreffend die Beurteilung von Obduktionsergebnissen, sei hier ein Einwand gemacht. Passow sagt: „Läßt sich trotz genauester Sektion des Felsenbeins keine Thrombose entdecken, so ist natürlich die Annahme, daß otitische Sepsis oder Pyämie vorliegt, nur dann gerechtfertigt, wenn keine andere Ursache für die allgemeine Erkrankung auffindbar. Es ist dabei zu berücksichtigen, daß es auch Fälle von nichtotitischer Sepsis gibt, bei denen die Entstehung durch die Sektion nicht aufgeklärt werden kann.“ Der Vordersatz könnte nach Ansicht des Referenten leicht dazu führen, daß des öfteren zu Unrecht ein Zusammhang zwischen traumatischer Otitis und Meningitis purulenta oder Hirnabszeß bzw. Pyämie angenommen würde, wie ich es selbst erlebt. Die Sektion wird oft die Entstehung einer Sepsis nicht aufklären können, erst durch Kenntnisnahme der Krankengeschichte wird man es mit annähernder Sicherheit meist können. Auch möchte ich hier den beamteten Ärzten, denen jetzt eine sorgfältige Felsenbeinsektion nach den neuen, Orthschen Bestimmungen zur Pflicht gemacht ist, wenn sie nicht öfters Ohrensektionen gesehen haben, empfehlen, beide Felsenbeine bei Obduktionen auf dem Lande nach Vorschrift herauszunehmen und zu Hause unter Zuziehung eines pathologischen Anatomen oder eines tüchtigen (!) Ohrenspezialisten zu untersuchen. Denn ich habe den Eindruck mehrfach gehabt, daß die hier in Betracht kommenden Befunde, die doch gerade den Kernpunkt für die Begutachtung solcher Fälle bilden, nicht so in die Augen springen, daß sie auch ein Ungeübter wirklich richtig zu erkennen und zu deuten vermöchte.

Als besonders verdienstvoll an dem Passowschen Buche muß ich endlich hervorheben die starke Hervorhebung einer gründlichen Untersuchung für jede Begutachtung und die Betonung gerade der versicherungsrechtlichen Fragen. Die staatlichen Arbeiterversicherungsgesetze, die Privatunfallversicherungspraxis, die straf- und zivilrechtliche Seite, aber auch die militärärztlichen Interessen sind berücksichtigt. Eines vermisse ich, die Begutachtung im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes, die sich freilich an die für die Unfallversicherungsgesetze geltenden Ausführungen halten kann.

Passow empfiehlt auch für einseitige Taubheit eine Entschädigung: 15—30 %, jedenfalls für Leute, die binaurales Hören nötig haben. Einseitiger Schwerhörigkeit gebührt nur

eine Rente von 10 %, wenn die Hörweite unter 4 m liegt, weil da ebenfalls die Lokalisation der Schallrichtung beschränkt ist.

Bei mäßigem Grad von Schwerhörigkeit beider Ohren kommt der Beruf in Betracht. Ingenieure, Ärzte, Telephonisten müssen nach Zwardemacker 7 m Hörweite haben, Lehrer, Kommis, Kutscher, Schaffner (Meinungsaustausch) brauchen mindestens 4 m, Fabrik-, Grubenarbeiter mindestens 1 m (etwas wenig! Referent). Für doppelseitige Taubheit wünscht Passow mehr als 40 %, nämlich 50 %—60 %. Aber Passow betont richtig, daß man sich an bündige Zahlen in der Praxis gar nicht halten könne, da die subjektiven Beschwerden nicht mit Zahlen in die Rechnung eingestellt werden können.

Referent schließt mit einer warmen Empfehlung dieses vortrefflichen Buches, es ist die Arbeit eines Forschers und Praktikers, die den gutachtenden Nichtspezialisten lehrt, wo die Grenzen seiner Leistungsfähigkeit liegen. Ultra nemo posse obligatur! Stolper-Göttingen.

Henry Graak. Sammlung von deutschen und ausländischen Gesetzen und Verordnungen, die Bekämpfung der Kurpfuscherei und die Ausübung der Heilkunde betreffend. Verlag: Gustav Fischer-Jena 1904.

Die vorstehende, sehr fleißige Arbeit füllt in der der Kurpfuschereibekämpfung betreffenden Literatur entschieden eine Lücke aus. Sie stellt sich, wie der Verfasser ankündigt, als Vorarbeit dar für eine in Aussicht gestellte Beantwortung der Frage: „Wie ist die Kurpfuscherei in Deutschland wirksam zu bekämpfen?" Diese Sammlung bietet aber außerdem auch ein reiches Material zum Studium der Organisation der Heilkunde in Vergangenheit und Gegenwart überhaupt. Von besonderem Interesse ist es, an der Hand dieser Sammlung die verschieden schwere Beurteilung des Verbrechens der Kurpfuscherei sowohl in verschiedenen Ländern als in verflossenen Jahrhunderten zu beobachten. Hoffentlich trägt das wertvolle Buch für die so notwendige Belehrung der Juristen in Sachen des Kurpfuschertums recht viel bei. Eisenstadt.

Seelmann, Hans, Das Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen. Frankfurt a. M. 1904. Dr. Eduard Schnopper. 36 Seiten. Preis 1 Mk.

Diese Brochüre des bekannten Sozialpolitikers bildet eine wertvolle Ergänzung zu den Vorschlägen Düttmanns über die Verschmelzung der Versicherungsgesetze, über welche wir in einer der letzten Nummern des vorigen Jahrgangs dieser Zeitschrift referiert haben. Da einer derartigen Neuorganisation grade seitens der Krankenkassen der lebhafteste Widerstand bereitet wird, weil diese ihr Selbstverwaltungsrecht bedroht glauben, so unterwirft Seelmann letzteres einer eingehenden Prüfung. Davon ausgehend, daß eine organische Verbindung der verschiedenen Zweige der Versicherung ohne eine Einschränkung des heutigen Selbstverwaltungsrechtes der Krankenkassen nicht möglich ist, und dies des näheren begründend, untersucht er die Frage, wie es sich denn eigentlich mit dem so viel gerühmten Selbstverwaltungsrecht der Krankenkassen verhält. Von einem wirklichen Selbstverwaltungsrecht kann nur eigentlich bei den Ortskrankenkassen gesprochen werden, diese bilden aber nur 20 % aller Krankenkassen und haben nur 47 % aller Versicherten; bei der Gemeindekrankenversicherung gibt es überhaupt kein Selbstverwaltungsrecht, bei den Innungs- und Betriebskrankenkassen besteht es nur formell. Von einer Beseitigung des Selbstverwaltungsrechtes könnte daher überhaupt nur die Hälfte der Versicherten betroffen werden. Des weiteren führt S. aus, daß die meisten Ortskrankenkassen, abgesehen von wenigen Musterkrankenkassen, von dem Rechte der Selbstverwaltung nicht einen solchen Gebrauch gemacht haben, daß man deswegen auf eine gründliche Reform des Gesetzes verzichten könnte, und er richtet daher einen ernsten Appell an die Krankenkassen, sich nicht im Interesse ihres Selbstververwaltungsrechtes dem weiteren Ausbau der Versicherungsgesetzgebung entgegenzustemmen. Die interessante Broschüre sollte von allen Freunden der Sozialpolitik eifrig studiert werden.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

Di Mattei Emilio, Della morte per annegamento. Contributo sperimentale alla diagnostica medico-legale. Catania 1904.

Die vorliegende ausführliche Monographie (289 Seiten) des Ertrinkungstodes ist die erste, die nach dem langen Zeitraum von 16 Jahren der trefflichen Bearbeitung von Paltauf gefolgt ist. Die ersten vier Kapitel behandeln den physiologisch-pathologischen Mechanismus des Ertrinkens, die Sektionsbefunde und die histologischen Ergebnisse der Leichenuntersuchung, das fünfte den Wert der Kryoskopie für die gerichtsärztliche Diagnostik. Der letzte Abschnitt enthält manches Mitteilenswerte.

Verfasser experimentierte an Hunden, die er teils in Süßwasser teils in Meerwasser ertränkte. Untersucht wurden Blut, Bronchialflüssigkeit, Mageninhalt und Urin. Die von Carrara angegebene Verdünnung des Herzblutes bestätigt Di Mattei an der Hand zahlreicher Versuche. Das Eindringen von Süßwasser hat eine Verminderung, die Diffusion von Meerwasser eine erhebliche Konzentrationssteigerung des Arterienblutes zur Folge. Auch bei bewußtlosen Tieren gelangt eine gewisse Menge Wasser in die Luftwege und in das Blut, doch inspirieren chloroformierte Hunde weniger als nicht narkotisierte.

Besonders bemerkenswert sind die Urinuntersuchungen, die einen Beitrag liefern zur Physiologie des Ertrinkens. Bereits ältere Autoren wollten in der Füllung der Blase mit klarem Harn ein Zeichen des Ertrinkungstodes sehen. Di Mattei verglich die Zusammensetzung des Harns, den er dem lebenden Tier vor der Ertränkung entnahm, mit der Konzentration des Blaseninhaltes der Leiche. Der Urin erwies sich in fast allen Fällen als verdünnt. Verfasser schließt daraus, daß während der Submersion infolge vermehrter Diurese ein Harn von geringerer Konzentration als normal ausgeschieden wird. Eine Nachprüfung dieses interessanten Resultates ist wünschenswert.

Durch die Fäulnisveränderungen der Leiche nimmt die Konzentration der Leichenflüssigkeiten allmählich zu. Das Sinken der kryoskopischen Werte ist proportional der seit dem Tode verflossenen Zeit. Revenstorf-Hamburg.

Spude, Die Ursache des Krebses und der Geschwülste im allgemeinen. Berlin, Gose und Tetzlaff 1904. 90 S., 2 farbige Tafeln.

Verf. beschreibt eingehend einen Fall von Hautkarzinom an der Nase, welches er in seinen ersten Anfängen und bei Beginn eines Rezidivs zu untersuchen Gelegenheit hatte. Aus seinen Beobachtungen kommt er zu der Überzeugung, daß der Genese der Geschwülste, speziell des Karzinoms ein in den Körpersäften kreisendes Toxin zugrunde liegt. Ist die erforderliche Menge Toxin vorhanden, dann gehört noch zu der Entstehung der Geschwulst eine bestimmte Veranlassungsursache. Als solche sind anzusehen chronische Reize, Keimverlagerungen, Entwicklungsstörungen etc., kurz, jeder durch Zirkulationsstörungen oder andere Momente bedingte Locus minoris resistentiae.

Das wesentliche und eigentümliche der Geschwulstzellen liegt vor allem in der Unabhängigkeit der wuchernden Gewebe von den physiologischen Wachstumsgesetzen, in der Autonomie des Wachstums. Alles dieses aber erklärt sich durch das überall gegenwärtige Geschwulsttoxin. Für die Behandlung folgt aus dieser Theorie, daß durch die modernen ultraradikalen Operationen allein kaum bessere Resultate in bezug auf die Heilung zu erzielen sein werden. Der bei Tierversuchen angewandte Weg ist

für den Menschen nicht gangbar, er besteht darin, daß man das karzinomatöse Individuum an passender Körperstelle mit einem gesunden zur Geschwulstbildung nicht disponierten Individuum in einer Hautwunde zusammennäht und zusammenwachsen läßt. Durch den dabei vor sich gehenden Austausch der Körpersäfte muß eine Neutralisierung der Toxine stattfinden. Beim Menschen ist dies Verfahren nicht anzuwenden. Zu versuchen wäre vielleicht Neutralisation durch Injektion von normalem Serum, ferner häufige Aderlässe, welche eine temporäre Verdünnung der Toxine und Entlastung des Körpers von denselben im Gefolge haben. Besonderes Gewicht wird schließlich auf eine Regelung der Stoffwechselverhältnisse und der Diät zu legen sein.

J. Meyer, Lübeck.

Dr. A. Pollatschek, Brunnenarzt in Karlsbad. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1903. Ein Jahrbuch für praktische Ärzte. XV. Jahrgang. Wiesbaden bei Bergmann. 1904. 356 S. Lexik.-Okt. Preis 8,60 M.

Das Buch erscheint zum fünfzehnten Male und ist seinem alten Programm treu geblieben. Eine außerordentlich reichhaltige, dabei doch kritische Würdigung der therapeutischen Arbeiten des Jahres 1903 gibt dem Praktiker die Möglichkeit, sich über die neuesten Anschauungen der Wissenschaft in den meisten Fällen zu orientieren, die ihm vorkommen können. 810 Gegenstände in 222 Artikeln bezeugen den Sammelfleiß des Verfassers. Ein Eingehen auf Einzelheiten ist nicht gut angängig. Doch will ich nicht unterlassen, auf die Artikel: Ernährungstherapie, Gallenleiden, Geburtshilfe, Lichttherapie, Narkose, Tuberkulose, Typhus, Veronal, sowie auf die Chirurgie am Zentralnervensystem, Herzen und Magen aufmerksam zu machen. Die sorgfältige Angabe der Literaturquellen erhöht den Wert des Buches für wissenschaftliche Arbeiten. Ktg.

Determann. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Hochesche Sammlung. V. Band. Heft 2/3. 2,50 M. S. 91.

Die Diagnose der Tabes zu stellen bei Lichtstarre der Pupillen, Fehlen der Patellarreflexe und Ataie ist gewiß nicht schwer. Schwieriger, aber zugleich auch wichtiger ist eine Frühdiagnose der Tabes, und darüber berichtet Verf. in vorliegender lesenswerten Arbeit an der Hand eines eigenen reichen Materials. Er legt großen Wert auf lancinierende Schmerzen, auf Krisen, besonders in ihrer rudimentären Form, Parästhesien und Hyperästhesien am Rumpfe, Anästhesien an den unteren Extremitäten, Verschwinden oder Verminderung oder Differenz der Achillessehnenreflexe, Erscheinungen von seiten des Kopfes wie Kopfschmerzen, Blutandrang, Schwindel, ferner Optikusatrophie und die ersten Störungen seitens der Pupillen. Von Wichtigkeit ist das Verhalten des Allgemeinbefindens, insbesondere eine große musculäre Ermüdbarkeit. Er betont sehr den multilokulären Sitz der Symptome, deren Wechsel und einen Zusammenhang der Lokalisation der Frühsymptome mit einer Überanstrengung der jeweiligen Organe. Der Nachweis überstandener Syphilis ist eine wichtige diagnostische Stütze; wie Minor studiert er die Anfangszustände der Tabes nicht an Tabikern, sondern an Syphilitikern.

Daraus ergibt sich schon sein Standpunkt, den er gegenüber der ätiologischen Bedeutung der Lues einnimmt. Er konnte sie sicher nachweisen in fast $^3/_4$ seiner Fälle. Fünfmal entwickelte sich die Tabes in eklatanter Weise im Anschluß an ein Trauma; dreimal lag hier Lues vor, und die ersten Zeichen der Tabes traten sehr bald nach dem Unfall auf. In den anderen zwei Fällen mißt Verf. dem Trauma eine wichtige ätiologische Rolle zu. Ernst Schultze.

Tagesgeschichte.

Das neue preußische Seuchengesetz.

1835 wurde das preußische Regulativ für ansteckende Krankheiten erlassen — 1905 tritt, das kann man jetzt wohl mit Sicherheit voraussagen, ein anderes den Anschauungen und Forderungen der neuen Zeit entsprechendes Gesetz an seine Stelle. Welch' eine Umwälzung hat sich in diesen 70 Jahren in der Wissenschaft von den ansteckenden Krankheiten, in der Epidemiologie vollzogen! Als das Regulativ in Kraft trat, war man bei der Beurteilung der Seuche auf die Kenntnisse angewiesen, welche der Kliniker vermitteln konnte, die pathologische Anatomie begann eben erst ihren Siegeslauf, und die Parasitologie beschränkte sich auf die Kenntnis einiger dem bloßen Auge schon wahrnehmbarer krankheiterregender Schmarotzertiere.

Wenn man das bedenkt, so wird man hohe Anerkennung einem Gesetze nicht versagen, welches trotz der Mängel seiner wissenschaftlichen Grundlagen dem praktischen Bedürfnis bis in die neueste Zeit hinein nach vielen Richtungen genügt hat. Aber freilich — mehr und mehr zeigte sich die Unmöglichkeit, das alte Gesetz den neuen Ergebnissen wissenschaftlicher und praktischer Erfahrung anzupassen. Wenn wir heute die Krankheiten, die es aufzählt, durchlesen, so lächeln wir wohl überlegen, daß die Gicht und der Weichselzopf darunter zu finden sind, wir lassen uns mit Interesse daran erinnern, daß damals die jetzt so moderne Theorie von der Infektiosität des Krebses auch schon einmal in Blüte stand. Wir vermissen aber eine Anzahl der wichtigsten ansteckenden Krankheiten ganz: vor allem die Diphtherie, welche ja wahrscheinlich in den dreißiger Jahren noch eine seltene Krankheit war, das Wochenbettfieber, dessen infektiöse Natur man eben nicht kannte, und die Genickstarre.

Es ist den Lesern dieser Zeitschrift bekannt, wie durch oberstgerichtliche Entscheidungen immer wieder festgestellt wurde, daß den auf Bekämpfung dieser Krankheiten gerichteten Polizeiverordnungen die gesetzliche Grundlage fehlt, so lange das Regulativ besteht. Merkwürdig genug, daß trotzdem Jahre vergingen, ehe die von der Regierung angestrebte Neuregelung die Zustimmung der gesetzgebenden Körperschaften gefunden hat. Vielleicht ist es kein Zufall, daß die Verabschiedung des Gesetzentwurfs im Landtage zeitlich grade mit dem Auftreten einer ernsten Epidemie von Genickstarre zusammenfällt. Daß auch das Herrenhaus seine Zustimmung jetzt nicht länger versagen wird, setzt man allgemein mit Sicherheit voraus.

Den wesentlichen Inhalt des neuen „Gesetzes betreffend Maßregeln zur Bekämpfung ansteckender Krankheiten" haben wir bereits in unsern vorigen beiden Jahrgängen (1903 Seite 107 und 1904 Seite 106) mitgeteilt. Das Abgeordnetenhaus hat aber einige nicht unwesentliche Änderungen bewirkt. Die Anzeigepflicht für Tuberkulose ist lediglich auf die Todesfälle beschränkt worden, und dem Staatsministerium ist auch nicht die Ermächtigung zu einer weiteren vorübergehenden Ausdehnung der Anzeigepflicht für diese Krankheit erteilt worden. Aufgehoben worden ist ferner die Anzeigepflicht für Erkrankungen an Syphilis, Tripper oder Schanker.

Die Einschränkung der Pflicht, dem beamteten Arzt Zutritt zum Kranken zu gewähren, welche § 6 Absatz 1 bereits enthielt, ist noch verschärft worden durch die Bestimmungen, daß einerseits der behandelnde Arzt jedesmal vorher Gelegenheit zur Äußerung erhalten, und daß andererseits bei Kindbettfieber der Zutritt von der Genehmigung des Haushaltungsvorstandes abhängig sein soll.

Die Überführung von diphtheriekranken Kindern in ein Krankenhaus gegen den Willen ihrer Eltern soll nur zulässig sein, „wenn nach der Ansicht des beamteten Arztes oder Haus-

arztes eine ausreichende Absonderung in der Wohnung nicht sichergestellt ist" (eine wunderliche Fassung, welche zahlreiche Streitfälle voraussehen läßt).

Die Ermächtigung des Staatsministeriums, in Ausnahmefällen die Vorschriften über Anzeigepflicht und Krankheitsermittelung auch auf solche übertragbare Krankheiten auszudehnen, für welche sie das Gesetz nicht vorsieht, werden mit der Verpflichtung verbunden, nachträglich alsbald die Zustimmung des Landtags einzuholen.

Sehr erheblich sind die Änderungen in der Aufbringung der Kosten. Den Gutsbezirken soll im Fall ihrer Leistungsunfähigkeit ein entsprechender Teil ihrer Kosten vom Kreise und dem Kreise die Hälfte dieser Ausgaben vom Staate erstattet werden. Wenn Gutsbezirke nicht ausschließlich im Eigentum des Gutsbesitzers stehen, so hat auf dessen Antrag der Kreisausschuß ein Statut zu erlassen, welches die Aufbringung der durch das Reichsseuchengesetz und das gegenwärtige Gesetz entstehenden Kosten anderweit ändert und den mit heranzuziehenden Grundbesitzern oder Einwohnern eine entsprechende Beteiligung bei der Beschlußfassung über die Ausführung der erforderlichen Leistungen einräumt.

Über die Kosten für die Einrichtungen, welche bereits in seuchenfreier Zeit zu treffen sind, ist eine Einigung der Parteien und der Regierung zustande gekommen, wonach bei einer durch ein formelles Beschlußverfahren festgestellten, ungenügenden Leistung der Gemeinden oder Gutsbezirke die Provinz die Mehrkosten zu tragen, vom Staate aber die Rückerstattung der Hälfte zu beanspruchen hat.

Die Bestimmungen über die Genickstarre sollen mit dem Tage der Verkündigung des Gesetzes in Kraft treten.

Möge es eine segensreiche Wirkung entfalten. F. L.

Die ärztlichen Atteste zur Übernahme des Heilverfahrens durch die Landesversicherungsanstalten.

Die Berliner Standesvereine haben an die Landesversicherungsanstalt Berlin eine Eingabe gerichtet, deren Inhalt von allgemeinem Interesse ist. Angesichts mehrerer in der Standespresse erörterter Fälle, in denen entgegen dem ärztlichen Attest die Versicherungsanstalt das Heilverfahren nicht übernahm, beantragen die Standesvereine, daß in Ablehnungsfällen künftig den Ärzten, welche das Vorattest ausgestellt haben, grundsätzlich die Ablehnungsgründe mitgeteilt werden möchten. In der Begründung heißt es:

„Nach dem bisherigen Brauch erhält der Patient, welcher auf Grund eines ärztlichen Attestes Aufnahme in eine Heilstätte oder in ein Sanatorium der Landesversicherungsanstalt Berlin beantragt hat, nach einiger Zeit den Bescheid, ob er angenommen worden ist oder nicht. In letzterem Falle sind die Gründe der Ablehnung für gewöhnlich nur in allgemeiner Fassung angegeben.

Soweit uns bekannt, kommen bei der Landesversicherungsanstalt als Ablehnungsgründe in Betracht:

1. Nichterfüllung der gesetzlichen Anforderungen;
2. augenblicklicher Platzmangel;
3. Vorhandensein von Bewerbern, die nach medizinischen oder sozialen Gesichtspunkten der Anstaltspflege bedürftiger sind;
4. Urteil des Vertrauensarztes, der entweder nicht die Überzeugung von der Notwendigkeit einer Anstaltsbehandlung erlangt hat, oder das Leiden für zu weit vorgeschritten hält.

Der behandelnde Arzt, welcher das Antragsattest ausgestellt hat, erfährt nicht, welcher dieser Gründe die Ablehnung veranlaßt hat. Wenn nun auch zuzugeben ist, daß die Mitteilung der Ablehnungsgründe an den Patienten nicht immer in dessen Interesse liegt, so hat doch der behandelnde Arzt das größte Interesse an der Kenntnis derselben. Denn in den weitaus meisten Fällen hat er den Kranken schon vorher beobachtet und beraten und behandelt ihn auch nachher weiter. Für diese fernere Behandlung ist es von größter Wichtigkeit, ob der Vertrauensarzt hinsichtlich Diagnose oder Prognose eine andere Ansicht hat, als der behandelnde Arzt. Erkennt letzterer, daß die falsche Auffassung auf seiner Seite liegt, so wird er diese Korrektur dankbar begrüßen und die weitere Behandlung danach einrichten. Glaubt er aber auf Grund seiner längeren Beobachtung auf seiner bisherigen Auffassung bestehen zu sollen, so kann er in einem neuen Antragsverfahren versuchen, seine Anschauung geltend zu machen und zu erwirken, daß der Patient Aufnahme in eine Heilstätte findet.

Die Berichte der Landesversicherungsanstalt enthalten fast regelmäßig Klagen, daß Ärzte die Aufnahme von Patienten, namentlich Lungenkranken, beantragen, deren Leiden zu weit vorgeschritten ist und jede Hoffnung auf Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ausschließt, und daß dadurch der Anstalt unnütze Mühe gemacht wird. Wenn unsere Bitte erfüllt wird, werden die Ärzte allmählich sich eine bessere Kenntnis der Anschauungen verschaffen, welche bei der Landesversicherungsanstalt hinsichtlich der Eignung zur Anstaltsbehandlung maßgebend sind.

Auf diese Weise würde es gelingen, die Ärzte mehr als bisher zur freudigen Mitarbeit anzuregen.

Die Mehrarbeit, welche der Landesversicherungsanstalt aus der regelmäßigen Mitteilung der Ablehnungsgründe erwachsen würde, dürfte als Ausgleich eine Arbeitsverminderung gegenüberstehen, welche durch das allmähliche Schwinden der Anträge für ungeeignete Fälle herbeigeführt werden würde."

Dieses Vorgehen der Standesvereine kann von allen, die eine Förderung der ärztlichen Sachverständigenfähigkeit erstreben, gewiß nur gebilligt und unterstützt werden.

Die Genickstarre in Oberschlesien.

Offiziell wird im Medizinal-Ministerialblatt eine Anzahl von Daten über die mit überraschender Plötzlichkeit aufgetretene Epidemie mitgeteilt, von denen die wesentlichsten hier wiedergegeben seien.

Im letzten Drittel des November v. Js. traten im nördlichen Teile der Stadt Königshütte und in dem benachbarten Orte Neu Heiduk des Landkreises Beuthen einige Fälle von epidemischer Genickstarre auf, denen bald vereinzelte Fälle in einigen Orten der Kreise Beuthen Land und Tarnowitz folgten. Eine Entstehungsursache ließ sich nicht feststellen. Die sofort angeordneten Maßnahmen — Absonderung der Erkrankten, und zwar tunlichst in Krankenhäusern, Ausschließung der gesunden Kinder aus erkrankten Familien vom Schulbesuch, Desinfektion der Kleidung, Wäsche und Bettzeug der Erkrankten — vermochten die Entstehung einer Epidemie und die Weiterverbreitung der Seuche nicht zu verhindern. Bis Ende Dezember stieg die Zahl der Erkrankten in Königshütte auf 15, in Beuthen auf 3, im Landkreise Beuthen (in Neu Heiduk) auf 5. Im Januar breitete sich die Epidemie in den befallenen Orten und in der Umgebung langsam, im Februar sehr viel schneller aus. In der Woche vom 13. bis 19. Februar betrug die Zahl der Neuerkrankungen im Regierungsbezirk Oppeln 59 in 7 Kreisen, in der Woche vom 20. bis 26. Februar 106 in 8 Kreisen, in der Woche vom 6. bis 12. März 125 in 11 Kreisen, in der Woche vom 13. bis 19. März 166 in 11 Kreisen, in der Woche vom 20. bis 26. März 147 in 13 Kreisen.

Bis zum 31. März erkrankten bzw. starben an Genickstarre im Regierungsbezirk Oppeln 1065 (569), im Regierungs-

bezirk Breslau 16 (9) Personen, dazu kommen noch 7 (4) Mannschaften des 6. Armeekorps.

Die Erkrankungen betrafen hauptsächlich das jugendliche Alter. Kinder unter 15 Jahren waren 903 = 89,8 %; im Alter von 0 bis 6 Jahren, also vor dem schulpflichtigen Alter, standen 583 = 58,0 %, im Alter von 6 bis 14 Jahren, also im schulpflichtigen Alter, 311 = 30,9 %; über 15 Jahre alt waren dagegen nur 103 = 10,2 % der Erkrankten.

Die Gegenmaßregeln stützen sich auf den Ministerialerlaß vom 23. November 1888. Anzeigepflicht wurde allen in Frage kommenden Personen, nicht blos den Ärzten, auferlegt, es wurden tunlichst alle Kranke streng abgesondert. durch die große Zahl vorhandener Krankenhäuser (Knappschaftslazarette) konnten bis Ende März 95 % aller Erkrankten in Krankenhauspflege gebracht werden. Schulschließungen ließen sich im allgemeinen vermeiden. Schulkinder aus Häusern, in denen Genickstarre vorkommt, müssen bis vierzehn Tage nach der Genesung bzw. dem Tode des Erkrankten der Schule fern bleiben. Die Desinfektion wird streng durchgeführt. Im bakteriologischen Institut zu Beuthen waren bis Ende März 760 Untersuchungen von Rachen-, Nasenschleim, Lumbalpunktionsflüssigkeit Erkrankter erfolgt, bei denen ausnahmslos der Diplococcus intercellularis gefunden wurde. Die Impfung im Bezirk Oppeln wird bis nach Erlöschen der Epidemie verschoben. Es werden gemeinverständliche Belehrungen verteilt. Die Zahl der Medizinalbeamten ist durch Kreisassistenzärzte vermehrt worden. Bei der Behandlung sollen sich heiße Bäder und wiederholte Lumpalpunktionen bewähren.

Der diesjährige Berufsgenossenschaftstag

ist zum 14. Juni nach Lübeck einberufen worden. Die Delegierten werden sich u. a. mit folgenden Gegenständen zu befassen haben: Stellungnahme zu der vom Ausschuß ausgearbeiteten Denkschrift, betreffend die Wirksamkeit der gemäß den §§ 103 bis 107 des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung und Vorschläge zur Abänderung der Organisation dieser Gerichte (Referent: Justizrat Dr. Lachmann. stellvertretender Vorsitzender des Verbandes). Die bei den polizeilichen Unfalluntersuchungsverhandlungen hervorgetretenen Mängel (Referent: Herr Heidenreich, Geschäftsführer der BG. der Gas- und Wasserwerke). Besprechung der von den Gerichten in neuerer Zeit den Berufsgenossenschaften mehrfach verweigerten Zeugenvernehmung in Unfallsachen zum Zwecke einer reichsbehördlichen Regelung dieser Angelegenheit, § 144 des Gew.-U.V.G. (Referent: Herr Schauseil von der See-BG.).

Neue Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungsangelegenheiten.

Erlaß vom 30. Januar 1905 betreffs Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen.

Der Handelsminister hat anläßlich eines Einzelfalles grundsätzlich entschieden, daß die Aufsichtsbehörde bei Streitigkeiten zwischen Ärzten und Krankenkassen nicht etwa ihre Entscheidung darauf zu gründen hat, daß die Ansprüche des einen oder andern Teils berechtigter seien, sondern daß sie einfach unter allen Umständen eine ausreichende ärztliche Fürsorge für die Kassenmitglieder durchzusetzen hat, auch wenn die Kassenbeiträge zu diesem Zwecke erhöht werden müßten.

— — 3. Februar 1905 betreffs Berechnung der pensionsberechtigten Dienstzeit der unmittelbaren Staatsbeamten.

Den Teilnehmern an den Expeditionen gegen China 1901, gegen die Bondelzwarts 1903 und gegen die Hereros 1904 wird zu ihrer Dienstzeit je ein Jahr zugerechnet, wenn sie wenigstens einen Monat von der Heimat entfernt waren, und je zwei Jahre, wenn sie innerhalb von zwei Kriegsjahren neun Monate lang auswärts waren.

Erlaß vom 7. März 1905 betreffs die Herstellung von Urkunden mittels Schreibmaschine und die zur Verwendung geeigneten Farbbänder.

In dem Erlaß wird mitgeteilt, welche Farbband- und Farbkissenfabrikate eine Maschinenschrift gewährleisten, die ebenso dauerhaft ist, wie eine mit guter Tinte hergestellte Handschrift. Solche Maschinenschrift ist künftig auch zur Herstellung von Urkunden zuzulassen.

— — 15. März 1905 betr. die Besichtigungen der den Provinzial-Schulkollegien unterstellten höheren Lehranstalten durch die Kreisärzte.

Solche Besichtigungen sollen nach der Dienstanweisung nur auf Grund besonderen Auftrags ausgeführt werden. Der Erlaß bestimmt, daß auf Ersuchen der Provinzial-Schulkollegien die Regierungs-Präsidenten diesen Auftrag erteilen sollen. In dringenden Fällen ist der Anstaltsleiter bezw. der Patron befugt, den Kreisarzt um eine gutachtliche Äußerung über hygienische Angelegenheiten der Schule zu ersuchen. Trägt der Kreisarzt Bedenken, dem Ersuchen zu entsprechen, so erstattet er dem Regierungs-Präsidenten Bericht. Bei der Ausarbeitung von Neu- und Umbauplänen ist der Kreisarzt in der Regel zuzuziehen. Im übrigen wünscht der Minister, daß im Laufe der nächsten fünf Jahre die höheren Lehranstalten auf ihre hygienischen Zustände von den Kreisärzten untersucht werden möchten.

— — 18. März 1905 betr. Zahlung von Stellvertretungskosten seitens der eine Freiheitsstrafe verbüßenden, nicht vom Amte suspendierten Beamten.

Die betr. Beamten sollen die Stellvertretungskosten nur bis zur Hälfte ihres Diensteinkommens tragen.

II. Prüfungsangelegenheiten.

— — 14. Februar 1905 betr. Befähigungszeugnisse für Hühneraugenoperateure.

Solche Zeugnisse (Erlaß vom 25. August 1845) werden nur noch selten erteilt und sind unzweckmäßig. Die Heilgehilfen sollen künftig die Tätigkeit der Hühneraugenoperateure mit übernehmen, und ihre Zeugnisse sollen sich hierauf mit beziehen.

— — 21. Februar 1905 betr. Anrechnung der Militärdienstzeit auf die zur ärztlichen Vorprüfung nachzuweisende Studienzeit.

Die Anrechnung kann nur erfolgen, wenn der Betreffende während der Dienstzeit dem medizinischen oder einem verwandten Studium obgelegen, d. h. entsprechende Kollegien belegt hat.

— — 6. Februar 1905 betr. die Prüfungsordnung für Apotheker.

Zu gunsten derjenigen Apothekergehilfen, die vor dem 1. Juli 1904 in ausländische Apotheken eingetreten sind, kann der Reichskanzler von der Vorschrift im § 17 Abs. 4 Ziffer 1 der neuen Prüfungsordnung Ausnahmen zulassen.

III. Apothekenwesen, Verkehr mit Arzneimitteln, Serumprüfung.

Bekanntmachung vom 23. Februar 1905 betr. die Einführung einer einheitlichen deutschen Arzneitaxe.

— — 10. März 1905 betr. Einführung der einheitlichen Deutschen Arzneitaxe in Preußen.

Die amtliche Ausgabe erscheint im Verlage der Weidmannschen Buchhandlung, Berlin SW., Zimmerstrasse 94, für 1,20 M.

Erlaß vom 8. März 1905 betreffs Feilhalten von Knöterich und Knöterichtee.

Diese Droge ist keineswegs dem freien Verkehr ohne Weiteres entzogen, sondern nur wenn sie als „Homeriana“, „Weidemanns russischer Knöterichtee“, „Polygonum aviculare“ verkauft wird.

— — 28. Februar 1905 betr. Prüfung der für den Verkauf im Auslande bestimmten Diptheriesera.

Es ist zulässig, daß im Frankfurter Institut für experimentelle Therapie für das Ausland bestimmte Sera von weniger als

350 Immunisierungseinheiten pro ccm geprüft und mit Zulassungsscheinen versehen werden. Auf letzteren ist dann aber zu vermerken, daß die Sera nur für den Verkauf im Auslande zu verwenden sind.

IV. Verkehr mit Nahrungsmitteln.

Erlaß vom 1. März 1905 betr. Metallbeschläge der Trinkgefäße.

Im Gegensatz zu früher geübter milderer Praxis ist künftig darauf zu achten, daß ausnahmslos alle Teile der Trinkgeschirrbeschläge — auch bei Puppengeschirren! — den Vorschriften des Gesetzes vom 25. Juli 1887 entsprechen.

— — 24. März 1905 betr. Fleischbeschau bei Schlachtungen im Inlande.

1. Zur Trichinenschau sind bis jetzt wohl Ärzte und Tierärzte, nicht aber Apotheker ohne besondere Prüfung zugelassen worden. Da aber Apotheker doch bedeutend größere Vorkenntnisse haben, als laienhafte Personen, so sollen sie ohne weitere Nachweise auf Grund einer Prüfung vor dem Departementstierarzt zur Trichinenschau zugelassen werden, von Nachprüfungen aber befreit sein.

2. Der Landespolizeibehörde wird ein Genehmigungsrecht für die Entlassung der Beschauer — bis jetzt nur für ihre Bestallung! — zugesprochen.

3. Bei angeblich stattgefundener Notschlachtung hat der nachträglich zugezogene Beschauer besonders sorgfältig zu prüfen, ob das Fleisch zulässig ist.

V. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche. Seuchenbekämpfung.

— — 11. Februar 1905 betr. Überwachung des Haltekinderwesens.

Die Überwachung des Haltekinderwesens durch die Kreisärzte kann nicht immer ausreichend sein, Zuziehung von Polizeibeamten empfiehlt sich nicht, bei ehrenamtlich tätigen Mitgliedern wohltätiger Vereine ist es fraglich, ob die hygienische Ausbildung ausreicht. In Berlin sind daher Aufsichtsdamen in der Charité ausgebildet worden, welche gegen ein Anfangsgehalt von 500 M. unter amtsärztlicher Aufsicht Wohnung, Nahrung und Pflege der Kinder kontrollieren. Bereits macht sich darauf hin ein Rückgang in der Sterblichkeit der Haltekinder bemerkbar, das Beispiel ist also nachahmenswert. Sehr wirksam ist zur Ergänzung polizeilicher Maßnahmen die Einführung der Generalvormundschaft gemäß Art. 78 § 4 des Ausführungsgesetzes zum B. G. B. Der Generalvormund kann wirksamer dafür sorgen, daß die Haltefrauen die Pflegegelder regelmäßig erhalten. Es wird schließlich auf die Püttersche Schrift über das Ziehkinderwesen (Duncker und Humblot, 1902) verwiesen. Nach Jahresfrist sollen die Regierungspräsidenten berichten.

— — 25. März 1903 betr. Unterstützung in Seuchengefahr

Mitteilung der neu vorgeschlagenen Grundsätze für den Abschluß eines Vertrages zwischen den Kreisen des Königreichs Preußen und dem Zentralkomitee des Preußischen Landesvereins vom roten Kreuz betr. die Unterstützung bei Seuchengefahr.

VI. Bekämpfung der Trunksucht.

— — 26. Januar 1905 betr. Fürsorge für die Eisenbahnbediensteten.

(Wird an anderer Stelle referiert.)

VII. Hebammenwesen.

— — 7. Februar 1905 betr. Abgabe von Sublimatpastillen an Hebammen.

Die Abgabe der Sublimatpastillen an Hebammen unterliegt den Vorschriften der Kaiserlichen Verordnung über den Verkehr mit Arzneimitteln und der Polizeiverordnung vom 24. August 1895 über den Gifthandel. Eines „Erlaubnisscheins" bedürfen die Hebammen nicht, da sie vermöge ihres Berufes als „zuverlässig" gekennzeichnet sind.

VIII. Schulhygiene.

Erlaß vom 20. März 1905, betr. das Mädchenturnen in den Städten.

Wird im Sammelbericht über Schulhygiene gewürdigt werden.

IX. Wasserversorgung.

— — 11. Februar 1905, betr. die Besichtigung der Wasserwerke mit zentraler Wasserversorgung.

Die vom Minister durch Erlaß vom 24. August 1904 eingeforderten Berichte haben ergeben, daß trotz der Gelsenkirchener Erfahrungen die Einsicht in die Unzulässigkeit von Stichrohren u. dgl. noch nicht bei allen Wasserwerksleitungen durchgedrungen ist. Es soll daher nochmals eine eigens gebildete Fachkommission die bedeutenderen Wasserwerke besichtigen, dieselbe kann sich dabei auf die gleichzeitig veröffentlichten „Grundsätze für Anlage und Betrieb von Wasserwerken" stützen.

Aufruf zur Teilnahme am Internat. Medizinischen Unfall-Kongreß,

welcher unter dem Ehrenvorsitz Sr. Majestät des Königs der Belgier und der belgischen Regierung vom 29. Mai bis 4. Juni 1905 in Lüttich im Anschluß an die Weltausstellung abgehalten werden soll.

Wie in Frankreich, Italien und Holland, so hat sich auch in Deutschland auf Anregung des Generalsekretärs der Ausstellung, Herrn Dr. Poëls in Brüssel ein Ausschuß gebildet, welcher die bei der Ausübung der Unfallgesetzgebung beteiligten deutschen Ärzte und Verwaltungsbeamten hiermit zur Teilnahme an dem in der Überschrift näher bezeichneten Kongreß ergebenst einladet.

Die Herren, welche dort Vorträge zu halten beabsichtigen, werden ersucht, dieselben schleunigst bei Herrn Dr. Poëls-Brüssel 2 - Rue Marie - Thérèse - 2 anzumelden und ebenso wie die Teilnehmer 10 Franks an denselben einzusenden.

Von deutschen Ärzten haben bis jetzt Vorträge in Aussicht gestellt die Herren Hoffa-Berlin, Riedinger-Würzburg und Thiem-Kottbus.

Die Unterzeichneten hegen die Hoffnung, daß Deutschland, welches in der Unfallgesetzgebung allen Staaten vorangegangen ist, bei diesem Kongreß zahlreich vertreten sein wird.

Der Austausch der eigenartigen, bei der Behandlung und Begutachtung Unfallverletzter gewonnenen Erfahrungen erscheint noch heute von großer Wichtigkeit, und es ist um so freudiger zu begrüßen, daß auf dem vorstehenden Kongreß in Lüttich hierzu Gelegenheit gegeben wird, als es bei der anderweitigen Sektionseinteilung der Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte leider nicht möglich gewesen ist, die bereits mit Erfolg dort eingerichteten Abteilungen für Unfallheilkunde beizubehalten.

Während auf den früheren internationalen Unfallkongressen mehr rechtliche und Verwaltungsfragen zur Erörterung kamen, sollen diesmal vorwiegend ärztliche Vorträge gehalten werden, und bitten wir nochmals vor allen Dingen die deutsche Ärzteschaft um rege und tatkräftige Unterstützung des wichtigen und zeitgemäßen Unternehmens.

Dr. Ferd. Bähr-Hannover. Generaloberarzt Dr. Düms-Leipzig. Prof. Dr. Ehret-Straßburg. Reg.-Rat Dr. Eilsberger-Berlin. Esmann, Maurer- u. Zimmermstr., Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Eulenburg-Berlin. Baumeister Felisch-Berlin. Dr. Helbing-Berlin. Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Hoffa-Berlin. Geh. Ober-Med.-Rat Prof. Dr. Kirchner-Berlin. Dr. R. Kuthe-Berlin. Med.-Rat Dr. Leppmann-Berlin. Dr. v. Lewinski, Geschäftsf. d. N.-Ö. Eis.-u. Stahlber., Berlin. Privatdozent Dr. Liniger-Bonn. Dr. Lossen-Darmstadt. Prof. Dr. George Meyer-Berlin. San.-Rat Dr. Plessner-Berlin. Privatdoz. Dr. Riedinger-Würzburg. Dr. A. Schanz-Dresden. San.-Rat Dr. Schütz-Berlin. Prof. Dr. R. Stern-Breslau. San.-Rat Prof. Dr. Thiem-Kottbus. Prof. Dr. Vulpius-Heidelberg. Dr. Zander-Berlin.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. — № 10. — Ausgegeben am 15. Mai.

Inhalt:

Versuch des Entwurfs eines Planes zur Entwicklung der Medizinalreform in Preußen.

Von
Kreisarzt, Medizinalrat Dr. Richter in Remscheid.

Es konnte von Anfang an kaum zweifelhaft sein, daß die im Jahre 1901 so segensreich begonnene Medizinalreform eine Entwickelung im Sinne der völligen Umgestaltung unseres Staatsmedizinalwesens nach modernen Gesichtspunkten nehmen würde. Etwas anderes behaupten, würde eine Kränkung für diejenigen in sich schließen, die sich um die Reform verdient gemacht haben. Denn eine Organisation, die einer Entwickelung unfähig ist, spricht sich damit selbst das Urteil. Heute, nach kaum fünf Jahren, können weitere Verbesserungen der amtlichen Stellung der Staatsärzte nur noch eine Frage kurzer Zeit sein, wenn das Werk nicht ins Stocken geraten soll. Ein neuer Schritt vorwärts ist allerdings wieder getan durch die Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten. Inzwischen aber haben sich noch weitere Bedürfnisse fühlbar gemacht, deren Befriedigung ebenfalls nicht mehr allzulange aufgeschoben werden darf. Das ist ja auch nicht wunderbar, wenn man erwägt, wie lange mit dem Beginne der Medizinalreform gezögert wurde. Da mußte natürlich mittlerweile alles und jedes auf diesem Gebiete veralten und sich überleben.

Die ständig wachsende, amtliche Arbeitslast, der dabei immer unmöglicher werdende Nebenerwerb, die in vielen Fällen kaum zu duldende Ungleichheit der wirtschaftlichen Verhältnisse der einzelnen Kreisarztstellen, endlich, aber nicht zuletzt, die Verwickelung der Ruhestandverhältnisse der nicht vollbesoldeten Kreisärzte, drängen auf eine baldige Neuregelung der Ausbildung und Anstellung der beamteten Ärzte hin, die nach den Grundsätzen der modernen Heilkunde zu entwickeln, ich in den folgenden Zeilen unternehmen will. Sollte ich damit einen Kampf der Meinungen entfesseln, so werde ich glauben, unserer guten Sache einen Dienst erwiesen zu haben. Allzulange schon wird über Verhältnisse geschwiegen, die auf die Dauer kaum fortbestehen können.

Voranzustellen ist die schon lange geforderte Trennung der öffentlichen Gesundheitspflege und der gerichtlichen Medizin. Hier paßt das Bibelwort „niemand kann zween Herren dienen“. Die Beherrschung beider Gebiete stellt Anforderungen an die geistigen Fähigkeiten, denen der Durchschnittsmensch kaum noch gewachsen sein dürfte. Danach gestalten sich meine Vorschläge folgendermaßen:

I. Ausbildung:

A. Der Kreisarzt:

Er hat die erforderlichen Kenntnisse nachzuweisen in
a) der öffentlichen Gesundheitspflege,
b) der Staatsarzneikunde,

c) der Irrenheilkunde,
d) der Unfallkunde und
e) der Verwaltungskunde.

B. Der Gerichtsarzt:

Er hat die Kenntnisse nachzuweisen in
a) der gerichtlichen Medizin,
b) der Irrenheilkunde,
c) der Unfallkunde.

II. Anstellung:

A. Der Gesundheitsbeamte:

1. Der Kreisarzt: Im allgemeinen hat jeder Kreis seinen eignen Kreisarzt. Mehrere kleine Kreise können zu einem Verwaltungsbezirk zusammengelegt werden. Ich kann darin an sich keine besondere Schwierigkeit sehen. Wie schon jetzt ein Kreisarzt mit einem Landrat und einem Oberbürgermeister zusammenarbeiten kann, so könnte auch ein Kreisarzt mit zwei Landräten zusammenarbeiten. Ob im Einzelnen Schwierigkeiten vorhanden sind, kann ich von meiner Stellung aus nicht übersehen. Indessen bin ich geneigt, sie nicht für unüberwindlich zu halten.

2. Der Kreishilfsarzt: Zu große Kreise erhalten einen Kreishilfsarzt, der unter Aufsicht des Kreisarztes arbeitet. Sein Arbeitsgebiet ist geographisch abzugrenzen. Alle seine Berichte gehen durch die Hand des Kreisarztes. Er hat an entsprechender Stelle, aber nicht am Amtssitze des Kreisarztes, zu wohnen. In größeren Städten empfiehlt sich die Anstellung von Hilfsärzten nicht wegen der Möglichkeit der Rivalität. Hier sind vielmehr nach Bedarf besser neue Kreisarztstellen zu schaffen.

B. Der Gerichtsarzt:

Jeder Landgerichtsbezirk erhält einen Gerichtsarzt, der am Sitz des Landgerichts wohnt. Nach Bedarf sind Gerichtshilfsärzte anzustellen, die im allgemeinen am Sitze des nächstgrößten Amtsgerichts, aber jedenfalls nicht am Amtssitze des Gerichtsarztes, zu wohnen haben. Sie sind vollkommen selbständig. Ihr Wirkungskreis umfaßt im allgemeinen den betr. Amtsgerichtsbezirk. Zu den im Landgerichtsbezirk vorkommenden Leichenöffnungen sind sie soviel, wie irgend möglich, zuzuziehen.

III. Wirtschaftliche Stellung:

1. Während der Dienstzeit:

A) Der Gesundheitsbeamte:

a) Der Kreisarzt: Er bezieht ein Gehalt, von drei zu drei Jahren um je 500 Mark steigend, von 3000 auf 5000 Mark.

Die Mietentschädigung wird nach den sonst für Staatsbeamte üblichen Grundsätzen berechnet.

Die Dienstaufwandentschädigung begreift in sich die Erstattung der zur Wahrnehmung der regelmäßigen Dienstgeschäfte (Besichtigung von Drogenhandlungen, Schulen, Massenquartieren, Wasserversorgunganlagen, Ortschaften usw.) aufzuwendenden Reisekosten.

Die zur Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten aufgewendeten Reisekosten werden besonders liquidiert. Es wird sich leider als unmöglich erweisen, diese Kosten durch Ablösung abzugelten, da sie in den gleichen Kreisen je nach den Jahren und den vorkommenden Krankheiten gar zu verschieden ausfallen dürften.

Das Einkommen an Gebührnissen verbleibt den Kreisärzten. Es ist zu vermuten, dass der Staat auf diese Gefälle ohne Kummer verzichten kann. Er steht viel besser und weiß, woran er ist, wenn er ein entsprechend niedrigeres Gehalt gewährt.

Die Ausübung jeder Art ärztlicher Tätigkeit ist dem Kreisarzt verboten. Die übertriebenen Befürchtungen derer, die in der Loslösung der Kreisärzte von der ärztlichen Praxis die Gefahr der Bureaukratisierung der Gesundheitsbeamten erblicken zu müssen glaubten, scheinen mir schon jetzt durch die Tatsachen widerlegt zu sein. Die Mehrzahl der Kreisärzte betreibt schon heute kaum noch Praxis und dennoch ist die Befürchtung nicht zur Wahrheit geworden.

b) Der Kreishilfsarzt: Er erhält ein Gehalt von 1500 Mark.

Eine Mietentschädigung wird nicht gezahlt.

Der Dienstaufwand ist in gleicher Weise zu entschädigen, wie dem Kreisarzt.

Für die Reisen bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten liquidiert er, wie der Kreisarzt.

Ebenso fließen ihm die Gebührnisse zu aus dem Teil des Kreises, der ihm zu dienstlicher Abwartung anvertraut worden ist.

Ärztliche Tätigkeit ist unbeschränkt erlaubt.

B) Der Gerichtsarzt:

Er erhält das gleiche Gehalt, wie der Kreisarzt.

Ferner die gleiche Mietentschädigung.

Die Dienstaufwandentschädigung wird ohne Mitberechnung regelmäßiger Reisen aufgestellt, da er solche nicht zu machen hat.

Dagegen liquidiert er für die tatsächlich gemachten Reisen nach den Reglements.

Die Gebührnisse aus der Gerichtspraxis und der Gutachter- und Attestpraxis verbleiben ihm.

Die ärztliche Praxis ist ihm in gleicher Weise verboten, wie dem Kreisarzt.

Der Gerichtshilfsarzt bekommt das gleiche Gehalt, wie der Kreishilfsarzt.

Die Mietentschädigung fällt fort.

Die Dienstaufwandsentschädigung wird nach denselben Grundsätzen berechnet, wie bei dem Gerichtsarzt.

Für Reisen wird nach den Reglements liquidiert.

Die Gebührnisse aus seinem Gerichtsbezirk verbleiben dem Gerichtshilfsarzt.

Die ärztliche Praxis ist ihm unbeschränkt erlaubt.

2. Nach der Dienstzeit.

Der Kreisarzt sowohl, wie der Gerichtsarzt, erhält eine Pension, die nach den sonst für Staatsbeamte gültigen Grundsätzen berechnet wird aus dem Gehalt und der im Augenblick der Versetzung in den Ruhestand gezahlten Mietentschädigung.

Die Gemeinden werden zur Zahlung einer jährlichen Ablösungssumme an den Staat herangezogen für diejenigen Geschäfte, die der Kreisarzt ex officio zu besorgen hat, für die er aber früher von den Gemeinden entschädigt werden mußte. Das sind namentlich die Besichtigung der Drogenhandlungen, der Wohnungen im weitesten Sinne des Wortes, der Molkereien, für die Beaufsichtigung des Haltekinderwesens, der Bäder, der Geisteskranken in Privatpflege, kurz, aller derjenigen Geschäfte, deren Besorgung zuerst und zum allergrößten Teil im wohlverstandenen Interesse der Gemeinden selbst liegt. Dann erübrigt sich auch fernerhin die Anstellung besonderer Gemeindeärzte seitens der Gemeinden, von Stadtärzten und dergleichen mehr. Daß sie, abgesehen vielleicht von einigen intelligenten Großstädten, sich bewährt habe, wird man doch wohl kaum behaupten können. „Wes Brot ich esse, des' Lied ich singe." Der Staat hat, weiß Gott, das dringendste Interesse daran, die Gesundheitbeamten fest in der Hand zu behalten. Ganz und gar aber können da nimmermehr erfreuliche Verhältnisse herrschen, wo ein Kreisarzt neben und über einem Gemeindearzt im amtlicher Tätigkeit sich befindet. Alles in allem glaube ich und hoffe ich, den Amtsgenossen aus der Seele

zu sprechen, wenn ich zum Schlusse die Sehnsucht ausspreche, daß endlich die Konsequenzen unserer wichtigen amtlichen Stellung gezogen werden und daß wir von allen Nebenbeschäftigungen und Geschäften frei gemacht werden mögen.

Erstickung durch Fremdkörper oder Kehlkopfverletzung? Betriebsunfall?

Obergutachten, erstattet im Auftrage des Reichsversicherungsamtes von

Dr. **Ernst Becker,**
Königlichem Kreisarzte und Oberarzte des städtischen Krankenhauses zu Hildesheim.

Die Verletzungen der oberen Luftwege, insbesondere des Kehlkopfes, haben von jeher in gleicher Weise Chirurgen und Gerichtsärzte interessiert. In letzterer Zeit gewinnen sie auch ein versicherungsrechtliches Interesse. Denn die klinischen Erscheinungen, welche hierbei beobachtet werden, und der in tötlich verlaufenden Fällen erhobene Sektionsbefund ist nicht immer so eindeutig, daß man in der Lage wäre, ausnahmslos an der Hand gewisser Kriterien sofort das richtige Urteil zu fällen. Besonders dann, wenn das Bild durch gleichzeitige Aspiration von Fremdkörpern kompliziert wird. Es sind dann die Fragen zu beantworten: Ist die Erstickung infolge des verschluckten Fremdkörpers geschehen oder war die Kehlkopfverletzung die Todesursache und der Fremdkörper — wie gar nicht selten — nur bei den Manipulationen, die später mit der Leiche vorgenommen wurden, in die Luftwege geraten? Können überhaupt Weichteilverletzungen des Kehlkopfes ohne Bruch seiner Knorpel eintreten? Können letztere entstehen, auch wenn eine Gewalteinwirkung direkt den Kehlkopf gar nicht getroffen hat?

Alle diese Fragen waren zu beantworten in einem von mir beobachteten Fall, dessen Veröffentlichung sich deshalb rechtfertigt, weil jeder Beitrag zur Klärung dieser vielfach noch dunkelen Frage erwünscht sein muß.

Als ich im Auftrage der Berufsgenossenschaft die Sektion des Mannes vornahm, war nur bekannt, daß er bei der Arbeit auf eine Schiebkarre gefallen und sich an der Nasenwurzel und in der Gegend der Augenbraue verletzt hatte. Er hatte die Arbeit zwar anfangs aufgenommen, aber wegen schlechten Befindens wieder niederlegen müssen. Auf dem Wege zum Arzte traten Atembeschwerden ein, die sich so steigerten, daß nach etwa zwei Stunden der Tod eintrat. Bei der Sektion fand sich außer allen charakteristischen Zeichen der Erstickung ein Stück Kautabak in der Fossa glosso-epiglottica, wodurch der Tod ohne weiteres erklärt zu sein schien. Die auf Grund meiner Direktiven später vorgenommenen Zeugenvernehmungen brachten für die Beurteilung des Falles sehr wesentliche Gesichtspunkte zutage, welche das „vorläufige“ am Schlusse der Sektion abgegebene Gutachten modifizieren mußten. Da indessen die Berufsgenossenschaft später von mir ein ausführliches Gutachten nicht einforderte und das hiesige Schiedsgericht statt meiner einen anderen Sachverständigen hörte, so hatte ich zunächst keine Gelegenheit, mich zur Sache zu äußern. Hätte es sich um ein Verfahren vor den ordentlichen Gerichten gehandelt, so wäre dieser modus procedendi — wie hier beiläufig erwähnt sein mag — nicht möglich gewesen. Denn derjenige, welcher die Sektion gemacht hat, hat auch später das ausführliche Gutachten zu erstatten. So kam es denn, daß in der Rekursinstanz das Reichsversicherungsamt wiederum auf mich zurückgriff und mich zur Erstattung eines Obergutachtens aufforderte. Unter den obwaltenden Umständen mußte dieses zu anderen Schlußfolgerungen, als das „vorläufige“ Gutachten, kommen. Der Fall ist daher auch insofern lehrreich, als er die alte Erfahrung bestätigt, daß der spätere Gutachter, welcher aus einem vollständigen Aktenmaterial seine Schlußfolgerungen ziehen kann, gegenüber dem Vorgutachter einen erheblichen Vorteil genießt. Leider wird diesem Gesichtspunkte von Behörden und Kollegen nicht immer gebührend Rechnung getragen.

In dem Folgenden teile ich mein unter dem 10. Februar d. J. erstattetes Obergutachten ausführlich mit:

„In der Unfallversicherungssache der Hinterbliebenen des Arbeiters Karl B. zu H. wider die Nordwestliche Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft hat mich das Reichsversicherungsamt mittelst Schreibens vom 2. Januar d. J. unter Übersendung der Akten ersucht, ein Gutachten darüber zu erstatten:

1. ob und inwiefern der Sektionsbefund die Annahme ausschließt, daß eine durch äußere Gewalteinwirkung (Sturz) verursachte Weichteilschwellung mit hinzutretenden Blutergüssen bei dem Verstorbenen den Verschluß des Kehlkopfeinganges bewirkt hat; ferner:
2. ob nach dem Sektionsbefunde bei Berücksichtigung der Krankheitsgeschichte anzunehmen oder aber wenig wahrscheinlich ist, daß das Verschlucken des Kautabaks, der auf dem Kehlkopfdeckel der Leiche gefunden wurde, mit dem Unfalle (Sturz) des B. oder seinen Folgen mittelbar oder unmittelbar zusammenhing.

Am 20. Februar 1904 war der 65 jährige Arbeiter Karl B. damit beschäftigt, in der Eisengießerei A. zu H. Eisengußstücke aus der Gießerei in die Dreherei mittelst Schiebkarre zu fahren. Etwa um $1^3/_4$ Uhr nachmittags meldete ein anderer Arbeiter, daß p. B. hierbei hingefallen sei und sich Blut aus dem Gesichte gewischt habe. Augenzeugen sind bei dem Sturze nicht zugegen gewesen. Der Zeuge B. legte ihm in der Schlosserei einen Notverband an und machte die Beobachtung, daß der Verletzte heiser sprach, während er, bevor er den Schubkarren fortgefahren hatte, noch eine klare Stimme gehabt hatte. Der Verletzte soll früher nach der einen Aussage stets eine „klare Sprache“, nach einer abweichenden Angabe seines Arbeitgebers aber „schon immer eine heisere belegte Stimme“ gehabt haben. Dem Zeugen B. hat sodann der Verletzte an Ort und Stelle an dem Schubkarren genau gezeigt, wie er zu Schaden gekommen sei, und dabei erzählt, er habe stark geschoben, sei ausgeglitten und mit dem Kehlkopf auf das Vorderbrett des Schubkarrens gefallen. Der Verletzte hat sich sodann wieder an die Arbeit gemacht und den Schubkarren noch zum Teil oder gänzlich ausgeladen. Eine viertel oder halbe Stunde später sah der Zeuge den Verletzten auf einer Wage sitzen und Blut spucken und riet ihm daher, zum Arzte zu gehen. Er winkte aber ab und „konnte kaum noch sprechen“. Etwa um 3 Uhr wurde der Verletzte in eine Droschke gesetzt, wobei er bereits große Atemnot hatte und nur noch durch Zeichen und unverständliche Töne zu verstehen geben konnte, daß das Verdeck heruntergeschlagen werden solle. Die Fahrt zum Arzte Dr. H. dauerte etwa zehn Minuten. Er betrat zunächst den Hof, wobei er wankte, und dann das Sprechzimmer des Arztes. Hier konnte er bereits nicht mehr sprechen, sondern legte einen Zettel vor, auf dem der Arbeitgeber den Hergang der Verletzung kurz dargestellt hatte. Der Arzt fand, daß der Hals des p. B. etwas dicker als gewöhnlich war und Gesicht und Hände etwas blau gefärbt waren; er litt an großer Atemnot. Der Arzt schickte ihn daher zur Vornahme des Luftröhrenschnittes in das Krankenhaus. Er schätzt den Zeitraum, während dessen der Verletzte bei ihm war, auf fünf Minuten, während der Kutscher des Taxameters zwanzig Minuten als verstrichen angab. Auf der Fahrt zum Krankenhause steigerte sich die Atemnot des Verletzten sehr bedenklich; er faßte seinen Begleiter an den Kragen und hauchte einige Töne, die dieser verstand als „nicht nach dem Krankenhause!“ Vor der Eingangstür stieg er bequem aus dem Wagen und machte Anstalten

neben dem Wagenrade zu urinieren. Dabei begann er zu würgen und erbrach etwas Blut und dünne Speise und fiel sterbend in die Arme des Begleiters. Kurz darauf erfolgte etwa um $3^3/_4$ Uhr der Tod.

Am 24. Februar wurde von mir und dem Assistenzarzte Dr. Löwe nach dem für Gerichtsärzte vorgeschriebenen Verfahren die Leicheneröffnung vorgenommen und dabei folgender, für die Entscheidung der vorliegenden Frage wichtiger Befund festgestellt:

Auf dem linken Backenknochen und der Nasenwurzel linkerseits sowie am inneren Knöchel des linken Unterschenkels fanden sich kleine Wunden der Haut mit Blutergüssen in das Unterhautzellgewebe; die Knochenhaut des Stirnbeins war an stecknadelkopfgroßer Stelle verletzt (Nr. 5 des Protokolls).

„Am Halse springt der Kehlkopf etwas vor, indessen läßt sich sonst abnormes durch die Betastung des Halses nicht feststellen; insbesondere finden sich keine Verletzungen der Haut." (Nr. 10).

„Das Herz ist bedeutend größer, als die rechte Faust der Leiche . . . . Die Herzhöhlen sind mit Ausnahme des rechten Herzohres, welches mit dünnflüssigem Blute prall gefüllt ist, fast leer. Die Kranzgefäße haben verkalkte Wandungen . . . . Die Herzmuskulatur ist braunrot gefärbt; der Papillarmuskel und seine Sehnenfäden sind in der linken Herzkammer verkürzt und verdickt. Ebenso sind die Klappenränder der zweizipfligen Klappe verdickt . . . . . (Nr. 19)."

„Auf dem Durchschnitte der Lungen erscheint das Gewebe dunkelrot; auf Druck entleert sich etwas blutiger Schaum. Die Schleimhaut der größeren Luftwege ist braunrot gefärbt, hat deutliche Längsfaltung und enthält nur wenig Schleim. (Nr. 20 und 21)."

„Es werden sodann die Halsorgange in ihrer natürlichen Lage in der Leiche genau präpariert und dabei festgestellt, daß an den Muskeln, den Nerven und großen Gefäßen nichts krankhaftes vorhanden ist. Sodann werden die gesamten Halsorgane im Zusammenhange aus der Leiche entfernt. Dabei bemerkt man, als die Zunge unter dem Unterkiefer nach unten gezogen wurde, daß in der Grube, welche durch den Zungengrund und den Kehldeckel gebildet wird, ein schwarzer Körper lag, welcher sich nach vollständiger Entfernung der Halsorgange aus der Leiche als ein fast 4 cm langes und 1 cm im Durchmesser haltendes zylindrisches Stück Kautabak erweist, von biegsamer weicher Konsistenz. (Nr. 22) . . . . Das Zäpfchen ist geschwollen, blauviolett gefärbt, auf dem Durchschnitte blaßgrau ohne Blutung . . . . . . (Nr. 23)."

„Die feinen Schleimhautgefäße in der Grube zwischen Zunge und Kehldeckel sind bis zu Strickstickendicke mit Blut gefüllt" (Nr. 24).

„Die Schleimhaut des Kehlkopfeinganges und diejenige der Unterfläche des Kehldeckels ist geschwollen und graurot gefärbt, während die Schleimhaut des Rachens vom Kehlkopfeingang bis fast zum Beginn der Speiseröhre dunkelblau gefärbt ist. Beim Einschneiden in diese Stellen findet man überall schwarzrotes in in die Gewebe ausgetretenes Blut." (Nr. 25). . . . . „Löst man die Speiseröhre von der darauf liegenden Luftröhre ab, so findet man, daß die erwähnten Blutergüsse sich zu beiden Seiten bis fast zum Brustkorbeingang herunter erstrecken." (Nr. 26).

„Sodann werden die Muskeln von der Vorderfläche des Kehlkopfes und Luftröhre abpräpariert und dabei festgestellt, daß an dieser Stelle keine Blutergüsse vorhanden sind." (Nr. 27).

„Sodann wird die Luftröhre an ihrer Hinterwand von unten nach oben durchschnitten und schließlich auch der Kehlkopf an seiner Hinterwand vorsichtig durchtrennt, wobei festgestellt wird, daß weiter keine fremde Körper in den Luftwegen vorhanden sind. Unter der Schleimhaut des Kehlkopfes sowohl, wie im Bereiche der falschen und wahren Stimmbänder, sowie im obersten Teile der Luftröhre an ihrer Vorderfläche finden sich, wie durch mehrfache Einschnitte festgestellt wird, flächenhafte Austretungen von schwarzem, geronnenem Blut Wegen dieser Blutergüsse und Schwellungen läßt sich mit Sicherheit nicht feststellen, ob an den Stimmbändern noch anderweitige Veränderungen älteren Datums vorhanden sind' (Nr. 28).

„Die Schleimhaut der Luftröhre ist geschwollen und hochrot gefärbt" (Nr. 28).

Da am Tage der Leicheneröffnung noch kein einziger Zeuge vernommen war, so konnten wir nur ein vorläufiges Gutachten dahin abgeben:

1. „Der Tod ist durch Erstickung erfolgt.
2. Die Erstickung ist herbeigeführt durch ein Stück Kautabak, welches den Kehldeckel nach abwärts gedrückt und damit die Luftzufuhr zum Kehlkopfe abgeschnitten hat."

Wir behielten uns mündlich dem die Verhandlung leitenden Polizeidirektor Dr. Gerland gegenüber die Erstattung eines besonderen, mit Gründen versehenen Gutachtens vor und gaben demselben gleichzeitig Anhaltepunkte, nach welchen wir die Zeugen zu vernehmen ihm anheimgaben. Letzteres ist geschehen, während ein Gutachten weder von der Berufsgenossenschaft, noch vom Schiedsgerichte von uns gefordert worden ist. Erstere wies die Ansprüche der Witwe des Verletzten unter Hinweis auf den Sektionsbefund und unser vorläufiges Gutachten ab, das Schiedsgericht dagegen erkannte sie in seiner Sitzung am 29. August 1904 an, im wesentlichen auf Grund eines vom Prof. D. in G. unter dem 10. August 1904 erstatteten Gutachtens.

Gutachten.

Die Leicheneröffnung hat zunächst unzweifelhaft alle Zeichen des Erstickungstodes ergeben.

Als Ursache für diese Erstickung sind ebenso unzweifelhaft die Blutungen an der Hinterfläche des Kehlkopfes, welche vom Schlund bis zum Eingang in den Brustkorb sich erstreckten, und die Schwellungen der Schleimhaut im Bereiche von Kehldeckel und Kehlkopf anzusehen (Protokoll Nr. 25 und 26). Es fragt sich nur, worauf diese Veränderungen in letzter Linie zurückzuführen sind.

Wenn man berücksichtigt, daß die Haut an der Vorderfläche des Halses (Nr. 10) unverletzt, daß an den Muskeln, Nerven und großen Gefäßen an der Vorderfläche des Halses nichts krankhaftes vorhanden war (Nr. 22) und daß auch in den Muskeln an der Vorderfläche des Kehlkopfes und der Luftröhre keine Blutergüsse vorhanden waren (Nr. 27), so läßt sich daraus nur der Schluß ziehen, daß tatsächlich irgend eine Gewalteinwirkung die vordere Halsfläche direkt nicht getroffen haben kann. Denn bei der bekannten Brüchigkeit der Blutgefäße einerseits und andrerseits dem Fehlen des Fettpolsters im Greisenalter pflegen Blutergüsse schon bei ganz geringfügigen Anlässen aufzutreten und sich auf weite Strecken hin im lockeren Bindegewebe zu verteilen. Man hätte also im vorliegenden Falle gerade in den Weichteilen an der Vorderfläche des Halses ausgedehnte Blutungen unbedingt erwarten müssen, wenn an dieser Stelle eine Gewalt eingewirkt hätte. Das war nicht der Fall.

Dagegen fand sich an derjenigen Stelle, an welche verschluckte Fremdkörper erfahrungsgemäß am häufigsten zu geraten pflegen, nämlich in der Grube zwischen Zungengrund und Kehldeckel, ein ziemlich beträchtliches Stück Kautabak quer eingekeilt vor, das den Kehldeckel nach abwärts gedrückt hatte (Nr. 22). Die feinen Schleimhautgefäße waren gerade in dieser Grube zu ganz abnormer Weite ausgedehnt und stark mit Blut gefüllt (Nr. 24). Weiter abwärts fanden sich die bereits erwähnten Blutungen zwischen Luft- und Speiseröhre. Da ferner bei der sorgfältigsten Präparierung und Zerschneidung des Kehlkopfes nirgends Verletzungen desselben zu entdecken waren (No. 28), so konnte nach dem damaligen Stande der Erhebungen unser vorläufiges Gutachten nur dahin abgegeben werden, daß durch das verschluckte Stück Kautabak Weichteilschwellungen und Blutungen im Kehlkopfbereiche eingetreten und hierdurch die Erstickung des p. B. herbeigeführt sei.

Durch die inzwischen vorgenommenen Zeugenvernehmungen erscheint der Fall allerdings in etwas anderem Lichte. Es mag zunächst dahin gestellt sein, ob der Verstorbene bereits vor dem Unfalle eine heisere Sprache gehabt hat oder nicht. Bei der letzteren Annahme müßte das Auftreten der Heiserkeit unmittelbar nach dem Unfalle, als der Zeuge B. ihm einen Notverband anlegte, bereits als das erste Zeichen einer eingetretenen Schädigung des Kehlkopfinnern verwertet werden. Sicher ist, daß eine viertel oder halbe Stunde später der p. B. Blut gespuckt hat und kaum noch sprechen konnte. Von hier ab steigerte sich die Atemnot immer mehr und führte binnen drei Stunden nach dem Falle auf die Schiebkarre zum Tode. Es lassen sich also die Zeichen der Erstickung bis fast zu dem Zeitpunkte zurückdatieren, in dem der angebliche Betriebsunfall stattgefunden hat.

Man wird also zu prüfen haben, ob die ersten Erscheinungen der Erstickung hervorgerufen sein können:

a) entweder durch Verschlucken eines Stückes Kautabak oder
b) durch irgend eine Verletzung im Bereiche des Kehlkopfes

in jedem Falle unter der Voraussetzung, daß dieses Ereignis etwa eine viertel oder halbe Stunde früher eingetreten ist.

In dem ersteren Falle treten nach den Erfahrungen der Wissenschaft meist **sofort**, sehr beängstigende Erscheinungen auf. Der Mensch fühlt im Moment des Verschluckens, daß der Fremdkörper im Schlunde sitzen bleibt, er hat das Gefühl eines heftigen Druckes auf den Kehlkopf, er glaubt zu sticken, beginnt zu schlingen und zu würgen und befördert dadurch den Fremdkörper nach oben oder nach unten und atmet in dem Gefühl der überstandenen Gefahr und Angst erleichtert auf. Doch nicht immer endet die Szene so glücklich. In einer ganzen Reihe von Fällen keilt sich der Fremdkörper so unglücklich zwischen Zungengrund und Kehldeckel ein, daß der Mensch binnen wenigen Minuten stirbt, und Uneingeweihte an den Eintritt eines Schlaganfalles glauben. Endlich können aber auch die Erstickungserscheinungen sich ganz allmählich so steigern, daß der Tod erst nach Ablauf längerer Zeit eintritt.*)

Nur die letztere Annahme würde nach der Krankengeschichte im vorliegenden Falle zu erörtern sein. Es paßt in das Krankheitsbild allerdings die zunehmende Atemnot des p. B. Dagegen sollte man erwarten, daß er bei dem fortwährenden Blutspucken und dem Erbrechen von Speiseteilen bei der Ankunft im Krankenhause vielleicht doch das Tabakstück hätte herausbefördern müssen. Gelang ihm dies aber aus irgend welchen unbekannten Gründen nicht,

so muß man mit hoher Wahrscheinlichkeit annehmen, daß das Verschlucken des Kautabaks mindestens zeitlich mit dem fraglichen Unfalle zusammenfällt, wahrscheinlich aber auch mit dem Sturze in unmittelbarem Zusammenhange gestanden hat, denn es entspricht der allgemeinen Erfahrung, daß Menschen, die irgend welche Gegenstände in der Wangentasche tragen, diese bei einem unerwarteten Falle verschlucken und in die Luftwege ansaugen können.

Gehen wir von der **anderen Annahme** aus, daß der **Tod des p. B. durch irgend eine Verletzung im Bereiche des Kehlkopfes** hervorgerufen sei, so würde das zur Voraussetzung haben, daß dem Stücke Kautabak keinerlei Bedeutung beizumessen sei. In der Tat können Fremdkörper, welche anfangs im Munde einer Leiche gelegen haben, infolge der mancherlei Hantierungen, welche mit ihr beim Einsargen, Sezieren usw. vorgenommen werden, in die tieferen Teile rutschen und in der Grube zwischen Zunge und Kehldeckel liegen bleiben. Es würde dieser Befund dann als eine reine Leichenerscheinung aufzufassen sein, und die bei dem p. B. nachgewiesenen Blutungen müßten eine andere Ursache haben.

Daß ein **Bruch** des Kehlkopfes vorgelegen haben und von uns übersehen sein soll, halte ich für ausgeschlossen. Denn einmal fahndeten wir, wie aus dem Wortlaute des Sektionsprotokolles hervorgeht, von vornherein auf „eine Verletzung der Luftwege" und haben deshalb mit ganz besonderer Sorgfalt gerade diese Organe eingehend besichtigt und durch zahlreiche Einschnitte untersucht. Ferner fehlten, wie oben hervorgehoben, jegliche Blutungen an der Vorderfläche des Kehlkopfes und endlich auch ein Zeichen, welches bei Kehlkopfbrüchen fast regelmäßig angetroffen wird, nämlich das sogenannte Zellgewebsemphysem, d. h. ein Austritt von Luftblasen in das Bindegewebe.

Dazu kommt, daß nach dem Sektionsbefunde, wie oben erwähnt, angenommen werden muß, daß eine Gewalt die vordere Halsfläche direkt überhaupt nicht getroffen hat. Trotzdem will der Zeuge B. von dem Verstorbenen erfahren haben, er sei „mit dem Kehlkopfe" auf das Vorderbrett des Schubkarrens gefallen. Auffällig ist dann entschieden, daß er sich an Stirn und Backenknochen Verletzungen zuzog, aber gerade in der Kehlkopfgegend nicht. Der Widerspruch würde vielleicht durch die Annahme behoben werden können, daß möglicherweise die Wucht des Falles durch Kleidungsstücke (Halstuch, Kragen oder dergl.) pariert wurde. Dann würde es denkbar sein, daß — wenn auch kein Bruch des Kehlkopfes, so doch — Blutungen an der Hinterwand desselben entstanden, während an der Haut und den Weichteilen der vorderen Halsgegend Verletzungsspuren vermißt wurden. Es ist das bei den eigentümlichen Gefäßverhältnissen dieser Gegend, wie gleich erörtert werden soll, immerhin möglich.

Nun hat mich aber das Studium der einschlägigen Literatur, zu dem mich der vorliegende Fall anregte und verpflichtete, gelehrt, daß in seltenen Fällen Kehlkopfverletzungen auch entstehen können, **ohne daß die einwirkende Gewalt die vordere Halsgegend direkt trifft.***) Beim starken Zurücklegen des Kopfes wird nämlich der Kehlkopf der Wirbelsäule genähert und stark gegen sie gedrängt. Da nun normalerweise die hintere Kehlkopfwand und die Grube zwischen Zunge und Kehldeckel von einem sehr engmaschigen und blutreichen Netze von Blutgefäßen**) versorgt wird, welche in ein außerordentlich lockeres und dehnbares Bindegewebe eingelagert sind, so ist es bei der erwähnten Brüchigkeit der Blutgefäße im Greisenalter einigermaßen verständlich, daß Gefäßverletzungen auch schon bei einer weniger starken Gewalteinwirkung zu stande kommen können, sei es nun, daß letztere durch irgend welche Gegenstände z. B. Kleidungsstücke pariert wird oder daß bei einem Fall auf den Kopf mit stark rückwärts geneigter Halswirbelsäule der Kehlkopf gegen letztere gepreßt wird. Hat sich ein Bluterguß an dieser Stelle aber erst einmal gebildet, so breitet er sich rasch in den lockeren Maschen des Zellgewebes aus und kann zur Erstickung führen.

Wie p. B. gefallen ist, ist nicht festgestellt. Indessen sprechen die beiden an Nasenwurzel und Backenknochen gefundenen Wunden nicht gegen die Annahme, daß er mit rückwärts geneigtem Kopfe zu Fall gekommen sein kann.

Es besteht mithin die Möglichkeit, daß die Weichteilschwellungen mit hinzugetretenen Blutergüssen bei

*) **König.** Die Krankheiten des Schlundes in Pitha-Billroths Handbuch der Chirurgie, III. Bd.

*) v. **Hofmann**, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VII. Auflage, Seite 471. Wien 1895.

) **Merkel, Handbuch der topographischen Anatomie, Bd. II, Seite 86 und 87.

dem Verstorbenen infolge des fraglichen Sturzes den Verschluß des Kehlkopfeinganges bewirkt haben.

Aus diesen Darlegungen geht hervor, daß man bei beiden Annahmen zu einem für die Hinterbliebenen des p. B. günstigen Ergebnisse kommt, wobei allerdings die Entscheidung der Frage, ob das Verschlucken eines Stückes Kautabak als ein Betriebsunfall anzusehen ist, nicht Aufgabe des ärztlichen Sachverständigen sein kann." —

Auf Grund dieses Gutachtens hat das Reichsversicherungsamt in seiner Sitzung vom 30. März 1905 den Rekurs gegen das Urteil des Schiedsgerichtes zurückgewiesen und die Berufsgenossenschaft zur Zahlung des Sterbegeldes und der Hinterbliebenenrente verurteilt.

Über das Verfahren vor Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt bei Streitigkeiten über Unfallentschädigungen.

(Vortrag des Geschäftsführers Gorella, gehalten in der Freien Vereinigung von Ärzten und Beamten der Arbeiterversicherung in Berlin.)

Die großen Fortschritte, welche die Industrie in der zweiten Hälfte des neunzehnten Jahrhunderts machte, brachten auch eine erhebliche Vermehrung der Unfälle in gewerblichen Betrieben. Die aus dem Betriebsunfall entstehende Notlage für die meist den besitzlosen Klassen der Bevölkerung angehörenden Verunglückten oder deren Hinterbliebenen hatte schon seit dem Jahre 1868 zu der Prüfung Anlaß gegeben, ob und wie eine Abhilfe geschaffen werden könnte. Als Versuch einer Abhilfe kann man das sogenannte Haftpflichtgesetz vom 7. Juli 1871 bezeichnen. Sehr bald stellte sich die Unzulänglichkeit dieses Gesetzes heraus. Die dem Verunglückten (oder dessen Hinterbliebenen) auferlegte schwierige Beweislast machte die gewünschten Wohltaten des Gesetzes in den meisten Fällen hinfällig; die auf eigenes Verschulden der Bediensteten oder ihrer Mitarbeiter zurückführbaren Unfälle schieden für die Ersatzpflicht des Betriebes von vornherein aus; häufige Zahlungsunfähigkeit des Ersatzpflichtigen nach vom Verletzten durchgeführtem Prozesse vereitelte den Erfolg des Entschädigungsanspruchs. Eine weitere, die berechtigten Ansprüche des Verunglückten nicht selten sehr beschränkende Geschäftspraxis bildete sich bei den nach dem Inslebentreten des Haftpflichtgesetzes in großer Zahl entstandenen Unfall- bzw. Haftpflichtversicherungsgesellschaften aus, indem diese meistens ohne richterliche Feststellung der Schadensersatzpflicht Zahlung versagten, falls nicht der Verletzte mit einem zu seinem berechtigten Schadensersatzanspruche in keinem Verhältnis stehenden Minimum einer Entschädigung im Vergleichswege sich zufrieden gab.

Infolge dieser Übelstände nahmen die Prozesse aus dem Haftpflichtgesetz immer mehr zu und das Verhältnis zwischen Betriebsunternehmer und Beschäftigten verschlechterte sich von Jahr zu Jahr. Die Erkenntnis, daß es die Pflicht des auf der Basis des Christentums stehenden modernen Staates sei, durch positive Maßregeln für die wirtschaftlich Schwachen, die im Kampfe mit den durch Einführung der Maschinen sich immer mehr vergrößernden Gefahren ihrer gewerblichen Tätigkeit unterliegen und ihre Erwerbsquelle wie Arbeitsfähigkeit ganz oder zum Teil einbüßen, ausreichend zu sorgen und sie vor der öffentlichen Armenpflege zu bewahren, führte dann dazu, den zivilrechtlichen Grundsatz des Schadensersatzes aufzugeben und an dessen Stelle eine auf dem Boden der öffentlich rechtlichen Fürsorge für die durch Betriebsunfälle Verletzten und deren Hinterbliebene zu setzen.

Nach zwei vergeblichen Versuchen in den Jahren 1881 und 1882 wurde im Jahre 1884 das erste Unfallversicherungsgesetz vom deutschen Reichstag angenommen, nachdem schon am 15. Juni 1883 ein Gesetz für die öffentlich-rechtliche Krankenversicherung verabschiedet worden war. Mit diesem ersten noch in keinem anderen Staatswesen gemachten Versuch stellten sich die gesetzgebenden Körperschaften und das deutsche Unternehmertum eine Aufgabe, für deren Erfüllung ihnen die positiven Unterlagen nahezu ganz fehlten und von der sie infolgedessen nicht wußten, ob sie unausgesetzt in der Lage sein würden, die allein auf die Schultern der Arbeitgeber gelegten großen Lasten zu tragen.

In rascher Folge wurden die vom U. V. G. vom 6. Juli 1884 noch nicht erfaßten Kreise, wie das Transportgewerbe, die Schiffahrt auf den Binnengewässern, die Post, Telegraphie, Eisenbahn, das Bauunternehmertum, die Landwirtschaft und die Seeschiffahrt durch die weitere Gesetzgebung der öffentlich rechtlichen Unfallversicherung unterstellt, so daß am 1. Januar 1888 der Ausbau der öffentlich rechtlichen Unfallfürsorge für das Deutsche Reich zunächst vollendet war.

Zu Trägern der Unfallversicherung sind die Berufsgenossenschaften gebildet worden, denen die Aufgabe zugewiesen wurde, für die Verunglückten und deren Hinterbliebenen nach des Gesetzes Bestimmung Fürsorge zu üben, d. h. die zu gewährenden Unfallentschädigungen festzusetzen und von den Arbeitgebern die Mittel dafür einzuziehen. Den versicherten Arbeitnehmern wurde die kostenlose Inanspruchnahme eines Rechtszuges in zwei Instanzen (Schiedsgericht und Reichs-Versicherungsamt) in weitgehendem Maße zugesichert.

So hofften alle an der Ausführung dieser Gesetzgebung beteiligten Faktoren, daß durch sie eine Besserung der sozialen Verhältnisse in den arbeitenden Klassen sich bald zeigen, namentlich aber die aus den früheren die Arbeiter verbitternden Haftpflichtprozessen entstandene Unzufriedenheit nachlassen würde.

Die Anwendung der verschiedenen Versicherungsgesetze im Laufe einer Reihe von Jahren zeigte schließlich die Notwendigkeit einer Revision der gesetzlichen Vorschriften in manchen Beziehungen, und so wurden im Jahre 1900 durch die gesetzgebenden Körperschaften umfassende Änderungen vorgenommen, durch welche die vier jetzt geltenden Unfallversicherungs-Gesetze, nämlich

1. das Gewerbe-Unfallversicherungsgesetz,
2. das Unfallversicherungsgesetz für die Land- und Forstwirtschaft,
3. das Bau-Unfallversicherungsgesetz,
4. das See-Unfallversicherungsgesetz

und das sogenannte Mantel- oder Hauptgesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze vom 30. Juni 1900 zustande kamen. Neben mehrfachen Erweiterungen der den Verunglückten und deren Hinterbliebenen zu gewährenden Unfallfürsorge brachten diese neuen Gesetze eine einschneidende weder von den Versicherungsträgern noch von den Versicherten gewünschte Änderung auf dem Gebiete der Rechtsprechung bei Streitigkeiten über Unfallentschädigungen.

Bei Einführung der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung wurde nämlich die Rechtsprechung über die zu zahlende Unfallentschädigung den ordentlichen Gerichten abgenommen und besonderen Schiedsgerichten überwiesen. Jede Berufsgenossenschaft und Ausführungsbehörde erhielt für bestimmte Bezirke oder für jede Sektion je ein Schiedsgericht, welches unter dem Vorsitze eines öffentlichen Beamten in der Regel unter Mitwirkung von zwei Arbeitgebern und zwei Arbeitnehmern aus dem Kreise der Mitglieder bzw. Versicherten der Berufsgenossenschaft für welche das Schiedsgericht gebildet war, erstinstanzlich Recht zu sprechen berufen war.

Das Schiedsgericht war nur beschlußfähig, wenn außer dem Vorsitzenden eine gleiche Anzahl von Arbeitgebern und Arbeit-

nehmern und zwar mindestens je einer als Beisitzer mitwirkten. Die Entscheidungen erfolgten nach Stimmenmehrheit.

Für das Verfahren vor den Schiedsgerichten ist eine mit Zustimmung des Bundesrats erlassene Kaiserliche Verordnung maßgeblich.

Die Besetzung der Schiedsgerichte mit Beisitzern aus derselben Berufsgenossenschaft, bei welcher der rechtsuchende Verunglückte versichert war, sollte eine besondere Garantie dafür bieten, daß die besonders wichtige Berufungsinstanz bei Feststellung der Entschädigungen aus Anlaß eines Unfalls, sowohl was deren Höhe als auch was den Entschädigungsanspruch im Prinzip anbetrifft, vermöge der fachmännischen Kenntnisse und Urteilsfähigkeit, welche bei den Beisitzern vorausgesetzt wurden, in der Hauptsache das Richtige finden würde, damit die verunglückten Arbeiter oder deren Hinterbliebenen zu ihrem Rechte kämen, wenn sie mit den Feststellungen der Genossenschaftsorgane nicht zufrieden seien. So ungefähr sprachen sich die Motive für das Unfallversicherungsgesetz vom 7. Juli 1884 über die damals zu errichtenden Schiedsgerichte aus.

In der Praxis zeigte es sich jedoch bald, daß die gute Absicht des Gesetzgebers, die Schiedsgerichte mit fachmännisch gleichmäßig vorgebildeten Beisitzern zu besetzen, durchweg nicht erreichbar war. Denn einmal waren innerhalb derselben Berufsgenossenschaft die verschiedensten Berufstätigkeiten vertreten, z. B. bei der Nahrungsmittelindustrie - B.G. Fleischer, Bäcker, Schaum- und Obstweinfabrikanten, Badeanstalten u. a. m., zum anderen war das Wahlverfahren insbesondere für die Beisitzer aus den Kreisen der Arbeitnehmer so schwerfällig, daß auf den Beruf oder das Gewerbe des zu wählenden Beisitzers kaum Rücksicht genommen werden konnte.

Es kam dann hinzu, daß diese Schiedsgerichte zumteil ungenügende Beschäftigung hatten, so daß die Erledigung der in geringer Zahl anhängigen Berufungen oft sehr lange dauerte, da der Vorsitzende wegen der oft sehr beträchtlichen Reisekosten der Beisitzer sich scheute, wegen einer oder zweier Berufungen alsbald das Schiedsgericht zusammentreten zu lassen.

Wohl oder übel entschloß sich also der Gesetzgeber, bei der Revision der Unfallversicherungsgesetze im Jahre 1900 die bisherigen berufsgenossenschaftlichen Schiedsgerichte aufzuheben und die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der verschiedenen Unfallversicherungsgesetze den gemäß §§ 103 ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten vom 1. Januar 1901 ab zu übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung: „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung“ mit Angabe des Bezirkes seiner Wirksamkeit und des Sitzes seiner Tätigkeit. Die Besetzung dieser Schiedsgerichte ist im wesentlichen dieselbe wie früher, nämlich: ein öffentlicher Beamter als ständiger Vorsitzender, je zwei Arbeitgeber und Arbeitnehmer als Beisitzer. Das Schiedsgericht darf nur bei vollständiger Besetzung tagen, was offenbar keine Verbesserung ist. Die Zahl der Schiedsgerichte ist auf diese Weise sehr erheblich vermindert worden; für viele Berufsgenossenschaften sind aber daraus nicht zu verkennende Schwierigkeiten erwachsen, weil sie zum Teil gar nicht mehr in der Lage sind, zu den Verhandlungsterminen an weit entlegenen Orten Vertreter zu entsenden.

Daß noch weitere Übelstände innerhalb dieser neuen Schiedsgerichtsorganisation bestehen, die zu großen Mißhelligkeiten Anlaß bieten, ist bereits anerkannt und öffentlich zum Ausdruck gebracht auf dem vorjährigen Berufsgenossenschaftstage in Eisenach.

Eine wesentliche Neuerung für das Verfahren vor den Schiedsgerichten brachte der § 8 des Hauptgesetzes, welcher lautet:

> Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Ärztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbierten Ärzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Ärzte sind öffentlich bekannt zu machen.
>
> Im übrigen wird die Durchführung dieser Bestimmung durch die Landes-Zentralbehörde geregelt.

Dieser Paragraph ist von der Reichstagskommission s. Z. und zwar einstimmig beschlossen worden. Aus dem Kommissionsbericht sei hier als Begründung für deren Beschluß das Folgende erwähnt:

> Wenn auf die heute schon bestehende Freiheit des Schiedsgerichts, in jedem Falle einen Arzt zuzuziehen, als ausreichend hingewiesen wurde, so übersehe man, daß die ärztliche Begutachtung viel ausgiebiger zu Rate gezogen werde, wenn sie für das Spruchkollegium stets bereit stehe. In der Erkenntnis, wie sehr hierdurch eine gründliche und schnelle Behandlung der Streitfälle gefördert werde, sei heute schon bei einigen größeren Schiedsgerichten die Praxis eingeführt, zu den Sitzungen regelmäßig einen Arzt zuzuziehen. Im übrigen stehe gar nichts entgegen, daß das Schiedsgericht für den einzelnen Fall statt des Vertrauensarztes oder neben demselben einen anderen Arzt insbesondere einen Spezialisten höre . . . . .
>
> Der Paragraph werde voraussichtlich die Folge haben, daß sich noch mehr wie bisher ein Stamm von in der sozialen Heilkunde besonders erfahrenen Ärzten bilden werde, was bei der wachsenden Bedeutung dieses neuen Zweiges der ärztlichen Wissenschaft gewiß freudig zu begrüßen sei.
>
> An diese Ärzte, welche vermöge ihrer Stellung und ihrer Erfahrung bei den Schiedsgerichten einer besonderen Autorität sich erfreuen dürften, könne sich auch der Verletzte einmal wenden, wenn er das Bedürfnis empfinde, sich auf seine Kosten ein vollgewichtiges Gutachten zu beschaffen. Es sei ja wohl zu erwarten, daß die schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte sich einer solchen außerhalb ihrer Tätigkeit beim Schiedsgericht liegenden Inanspruchnahme nicht entziehen würden. Gerade damit werde der so vielfach beklagten, in ihren Gründen bei der Verhandlung von 1897 näher dargelegten Kalamität abgeholfen, daß es für den Verletzten in sehr vielen Fällen nicht möglich sei, sich ein Gutachten von wirklichem Gewicht zu beschaffen.

Der oben vorgetragene § 8 des Hauptgesetzes ist aber auch einer seit langen Jahren erhobenen Forderung aus ärztlichen Kreisen gerecht geworden, die stets darauf hinauslief, es möge in der Rechtsprechung über Unfallsachen der Arbeiter dem sachverständigen Arzte eine wenigstens beratende Stimme gesichert werden. Wenn auch jetzt der Vertrauensarzt des Schiedsgerichts an dessen geheimer Beratung nicht teilnehmen kann und darf, so übt er doch tatsächlich die beratende Stimme aus, indem er, wie der Gesetzgeber es beabsichtigt hat, in öffentlicher Sitzung des Schiedsgerichts die Klagen des Berufungsklägers hört, auf Veranlassung des Schiedsgerichts die schon vorliegenden ärztlichen Gutachten bezüglich des darin geschilderten objektiven Befundes durch eine körperliche Untersuchung des Verletzten nachprüft, den Richtern etwa unverständliche fremdsprachliche Bezeichnungen bestehender Leiden

übersetzt und erklärt, auch Übertreibungen oder beabsichtigte Täuschungen vor den Augen des Richterkollegiums aufdeckt und so für die schließliche geheime Abstimmung und das Urteil wohl meist den Ausschlag gibt.

Die schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte sind auch nicht selten berufen, die Gutachten der Ärzte, welche die Rentenbewerber an den Unfallfolgen behandelt haben und nach Vorschrift des § 69 Abs. 4 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes und der gleichlautenden Bestimmungen der sonstigen Unfallversicherungsgesetze dann, wenn die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden soll, gehört werden müssen, zu berichtigen; denn, wie häufige Beispiele zeigen, sind in der Unfallpraxis wenig bewanderte praktische Ärzte des flachen Landes insbesondere bei der wirtschaftlichen Bewertung verbliebener Unfallfolgen nur allzusehr geneigt, den Übertreibungen der Verletzten vollen Glauben zu schenken und demzufolge den Grad der Einbuße an Erwerbsfähigkeit zu hoch einzuschätzen. Die Einführung der schiedsgerichtlichen Vertrauensärzte in der Form, daß sie, wie es jetzt bei den preußischen Schiedsgerichten vorgeschrieben ist, zur Schiedsgerichtssitzung hinzugezogen werden und wenn tunlich sogleich ihr Gutachten abgeben, übt auch auf die Schnelligkeit und Verbilligung des ganzen schiedsgerichtlichen Verfahrens einen nicht zu verkennenden günstigen Einfluß, was für alle Beteiligten nicht zu unterschätzen ist.

Während bis zum 1. Oktober 1900 die Unfallversicherungs-Schiedsgerichte nur über die Berufungen der Verunglückten oder deren Hinterbliebenen zu entscheiden hatten, sind den jetzigen „Schiedsgerichten für Arbeiterversicherung" erweiterte Aufgaben gestellt. Der schiedsgerichtlichen Entscheidung unterliegen zurzeit:

1. die Berufung gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigungsansprüche abgelehnt werden;
2. die Berufung gegen der Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird;
3. die anderweite Feststellung der Unfallentschädigung, wenn seit der Rechtskraft der erstmaligen Rentenfestsetzung oder Entscheidung schon fünf Jahre verflossen, und inzwischen wesentliche Veränderungen in den dafür maßgeblich gewesenen Verhältnissen zum Besseren oder Schlechteren eingetreten sind, auf Antrag der Berufsgenossenschaft oder des Entschädigungsberechtigten;
4. die aus dem Invalidenversicherungsgesetz sich ergebenden Streitigkeiten zwischen Versicherungsanstalt und Versicherten.

Von Jahr zu Jahr nimmt die Tätigkeit der Schiedsgerichte zu, wie die Tabellen zu den Geschäftsberichten des R. V. A. zeigen; die zu bearbeitenden Berufungen beliefen sich im Jahre 1886 nur auf 2453, im Jahre 1890 wurden schon 17785 gezählt, im Jahre 1900 waren es 55573 und das Jahr 1904 brachte es sogar auf 76816, wovon 48733 aus gewerblichen, 28083 aus landwirtschaftlichen Unfallversicherungssachen herrührten. Trotz dieser hohen Ziffern zeigt es sich, daß im prozentualen Verhältnis der Berufungen zu der Zahl der erlassenen berufungsfähigen Bescheide seit 1900 ein erheblicher Rückgang stattgefunden hat, denn auf je 100 berufungsfähige Bescheide entfielen eingelegte Berufungen:

im Jahre	überhaupt	Davon waren gewerbliche	Davon waren landwirtschaftliche Unfallsachen
1900	21,01	22,94	18,08
1901	16,89	20,71	12,94
1902	17,65	21,82	13,22
1903	17,61	21,92	13,17
1904	17,35	21,73	12,91

Hierbei ist aber nicht außer acht zu lassen, daß während der letzten vier Jahre eine nicht unerhebliche Zahl von Anträgen auf anderweite Rentenfestsetzung bei den Schiedsgerichten gestellt worden ist, nämlich 1901: 6179, 1902: 9291, 1903: 11035, 1904: 12401; wenn aber darüber wie früher zunächst durch berufungsfähigen Bescheid bei der Berufsgenossenschaft entschieden worden wäre, so hätte sich die prozentuale Zahl der Berufungen sicher auch stetig vermehrt.

Die hohe Zahl der Berufungen und die Tatsache, daß nur 26 bis 28 Prozent als völlig oder teilweise begründet erachtet werden konnten, zeigt, daß die gute Absicht des Gesetzgebers, durch Einführung der öffentlich-rechtlichen Unfallversicherung eine Verminderung der Streitigkeiten über Unfallentschädigungsansprüche herbeizuführen, bisher nicht erfüllt worden ist.

Im Gegenteil läßt sich behaupten, daß die Prozeßsucht bei den Versicherten sehr erheblich zugenommen hat, was auch leicht erklärlich ist, da der Versicherte bei völlig freiem Verfahren vor Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt durch Inanspruchnahme der Instanzen nichts zu verlieren, wohl aber etwas zu gewinnen die Hoffnung hat. Man kann es den Versicherten daher kaum verargen, daß sie von ihrem gesetzlichen Recht der Berufung und des Rekurses weitgehenden Gebrauch machen.

Die Entscheidungen der „Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung" haben seither für die Parteien in erheblich mehr Fällen Anlaß zur Rekursbeschwerde gegeben als die der früheren berufsgenossenschaftlich begrenzten Schiedsgerichte; die Zahl der eingelegten Rekurse ist seit 1900 von damals 11048 auf 16473 in 1904 gestiegen; es entfallen auf je 100 rekursfähige Schiedsgerichtentscheidungen in 1900 nur 26,68, dagegen 1901: 31,21, 1902: 30,72, 1903: 29,32, 1904: 28,45; diese seit 1902 wieder fallende Skala der vermehrten Rekurse zeigt deutlich, daß die vom 1. Januar 1901 mit der Rechtsprechung in Unfallversicherungssachen betrauten „Schiedsgerichte der Arbeiterversicherung" erst allmählich sich in die Gesetzesauslegung und bisherige Rechtsprechung des Reichsversicherungsamts einzuleben hatten. Bedauerlicherweise wird aber bei der fortwährenden Änderung in den Personen der Schiedsgerichtsbeisitzer noch für lange Zeit die wünschenswerte Stetigkeit in der Beurteilung der Streitfragen durch die Schiedsgerichte nicht erreicht werden.

Das Reichsversicherungsamt hatte daher auch Anlaß, von den seiner Entscheidung unterbreiteten Schiedsgerichtsentscheidungen eine große Zahl — im Jahre 1904 4355 gegen 3088 in 1900 — völlig oder teilweise abzuändern; insbesondere waren es die von den Berufsgenossenschaften eingelegten Rekurse, welche zur Abänderung der Vorentscheidung führten. Während in 1900 nur 46,3% dieser Rekurse Erfolg hatten, führten in 1904 51,6% zu einem solchen, dagegen waren von den Rekursen der Versicherten in 1904 nur 22,3% begründet und 77,7% unbegründet.

Das Rekursverfahren vor dem Reichsversicherungsamt wird jetzt in 22 Senaten durchgeführt. Jeder Senat besteht aus: dem Senatsvorsitzenden, einem Bundesratsbevollmächtigten und einem oder zwei Räten des Amts, zwei richterlichen Beisitzern, einem Arbeitgeber und einem Versicherten, so daß stets nach mündlicher Verhandlung durch sieben Richter die Entscheidung über die zulässigen Rekurse gegen die Urteile der Schiedsgerichte gefällt wird; über offenbar unzulässige Rekurse erfolgt nach § 16 Abs. 2 des Hauptgesetzes die Entscheidung ohne mündliche Verhandlung in der Besetzung mit drei Mitgliedern, unter denen sich je ein Vertreter der Arbeitgeber und der Versicherten befinden muß.

Will ein Senat des Reichsversicherungsamts in einer grundsätzlichen Rechtsfrage von der Entscheidung eines anderen Senats abweichen, so ist seit 1. Oktober 1900 die Sache zur Entscheidung an einen erweiterten Senat zu verweisen. Dieser entscheidet unter dem Vorsitze des Präsidenten des Reichsversicherungsamts in der Besetzung mit zwei nichtständigen aus den vom Bundesrat gewählten Mitgliedern, zwei ständigen

Mitgliedern, zwei richterlichen Beamten und je zwei Vertretern der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer; es wirken also in solchen Fällen elf Personen an der Urteilsfindung mit. Der erweiterte Senat hat nicht nur die streitige Rechtsfrage, sondern auch in der vorliegenden Rekurssache selbst zu entscheiden, zum Unterschiede von den übrigen Senaten, die bei nicht genügender Aufklärung des Tatbestandes oder bei offenbaren Verstößen der Vorinstanz gegen Gesetz oder Verordnung die Sache zur nochmaligen Prüfung und Entscheidung an das erkennende Schiedsgericht zurückverweisen dürfen.

Während die Kosten des Verfahrens vor den Schiedsgerichten einschließlich der Besoldung der Beamten mit Ausnahme des Vorsitzenden die Versicherungsträger aufzubringen haben, trägt die Kosten des Reichsversicherungsamts und des Verfahrens vor diesem das Reich.

Der Geschäftsgang und das Verfahren des Reichsversicherungsamts wie der Schiedsgerichte der Arbeiterversorgung sind durch kaiserliche Verordnung vom 19. Oktober bzw. 22. November 1900 geregelt. Soweit für besondere prozessuale Fragen in diesen Verordnungen Sonderbestimmungen nicht getroffen sind, kommt in gewissen Fällen die Civil-Prozeßordnung zur analogen Anwendung.

Am Ausbau des öffentlichen Rechts auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung wird seit nun mehr als 20 Jahren von allen dafür interessierten Staats- und Reichsbehörden einschließlich des Reichstags, den Versicherungsämtern, den Schiedsgerichten und dem Reichsversicherungsamt unausgesetzt gearbeitet, immer neue Fragen, insbesondere hinsichtlich des Zusammenhanges zwischen bestehenden Leiden der Versicherten und behaupteten, oft weit zurückliegenden Unfällen, treten auf, die beantwortet werden müssen. Hier sind besonders die Herren Ärzte berufen, mit ihrer Wissenschaft und Erfahrung zu helfen, die Wahrheit zu erforschen und ohne Rücksicht auf die Person ihre unbeeinflußte Ansicht zum Ausdruck zu bringen.

Schwer sind die Lasten, welche dem deutschen Unternehmertum aus der öffentlich-rechtlichen Arbeiterversicherung erwachsen; allein für die Unfallversicherung sind im Jahre 1904 von den Versicherungsträgern 126768163 M. an Entschädigungen der Verletzten aufzubringen; dazu traten noch mindestens 35 Millionen für Verwaltung, Rechtsprechung und Reservefonds. Diese Summen haben aber nur die nicht selten mit Verlust arbeitenden Unternehmer zu zahlen. Es wäre daher grundfalsch, wenn der zur Sache gehörte ärztliche Sachverständige bei Abgabe seines Gutachtens sich von der Ansicht leiten lassen wollte, dem rentensuchenden Arbeiter müsse in jedem Falle zuerst geholfen werden; leider lassen nicht selten die in den Gutachten zum Ausdruck gebrachten Ansichten erkennen, wie sehr der Befragte bestrebt war, jede entfernte Möglichkeit heranzuziehen, um einen von vornherein aussichtslosen Fall für die Entschädigung reif zu machen oder die denkbar höchste Rente zuzusprechen.

Ich behalte mir vor, hierfür einige drastische Beweise zu erbringen.

Referate.

Allgemeines.

Der Arzt bei Privatversicherungen.

Von Prof. Dr. G. Florschütz, Gotha.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1905, Nr. 3.)

Die Beziehungen, in denen die Ärzte zu den privaten Versicherungen treten, sind dreifacher Art, nämlich einmal als Vertrauensärzte d. h. als vertragsmäßige Helfer zur Prüfung des Versicherungskandidaten, dann zweitens als gelegentliche aber direkte Auskunftgeber über von ihnen ärztlich beratene Versicherungsnehmer, endlich drittens indirekt als Aussteller des Krankheitsberichts über den in ihrer Behandlung verstorbenen Versicherten zu Händen der Hinterbliebenen zum Gebrauche für die Versicherungsgesellschaft.

Alle drei Funktionen betreffen das Ausstellen von Zeugnissen, auf welche die §§ 277, 278, 279 und 280 des Strafgesetzbuches Anwendung finden. Der § 277 lautet:

Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbierte Medizinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugnis über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein derartiges echtes Zeugnis fälscht und dazu zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Gefängnis bis zu 1 Jahr bestraft.

Der Paragraph stellt also den Gebrauch formell unechter Zeugnisse zum Zwecke der Täuschung über ihre formelle Unechtheit unter Strafe. Das Delikt kann von jedem beliebigem begangen werden. Die Strafandrohung soll den Behörden und Versicherungsgesellschaften eine gewisse Sicherheit dafür schaffen, daß die von Ärzten herrührenden echten Zeugnisse nicht verfälscht werden. Die Strafbarkeit setzt aber außer der Fälschung weiter voraus, daß von solchen fälschlich ausgestelltem oder verfälschtem Gesundheitszeugnis zur Täuschung von Behörden oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch gemacht wird.

§ 278 lautet: Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von 1 Monat bis zu 2 Jahren bestraft. Dieser Paragraph trifft die strafbare Handlung in einer materiell unrichtigen Beurkundung; sie kann nur von Ärzten begangen werden.

Der § 279 setzt eine Strafe für denjenigen, fest, der von einem Zeugnis der in §§ 277 und 278 bezeichneten Art Gebrauch macht, und der § 280 bestimmt dann noch, daß neben der Gefängnisstrafe auch auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden kann. Damit ist die Grundlage gegeben, weitere Verfahren gegen Ärzte auf Entziehung der Approbation und die Aberkennung der Doktorwürde anzuschließen. In der gesamten Literatur sind nur zwei Fälle bekannt, die, soweit Versicherungsgesellschaften in Frage kommen, die praktische Anwendung des § 278 gegen Ärzte erforderten.

Bei der ersten Gründung der Lebensversicherungsanstalten in Deutschland im Jahre 1827 waren hausärztliche Atteste und vertrauensärztliche Gutachten unbekannte Dinge. Anfangs genügten einfache ärztliche Zeugnisse, die der Versicherungsnehmer auf seine Kosten zu beschaffen hatte. Bei der großen Konkurrenz der Gesellschaften änderte sich dies aber bald. Die Gesellschaften sahen ein, daß sie sich auf solche Gutachten, die mehr den Charakter einer Parteischrift trugen, nicht verlassen konnten und sie schritten zu der Einrichtung der Agentur- oder Vertrauensärzte, deren erster Dr. Nagel-Berlin im Jahre 1839 von Gotha eingesetzt wurde. Anfangs wurden die Atteste in freier Fassung ausgestellt, erst in den sechziger Jahren kamen die Attestformulare auf, seit deren Einführung ein Jahrzehnte langer Kampf zwischen Ärzten und Lebensversicherungsgesellschaften sich entspann über die Frage der Ausstellung der hausärztlichen und vertrauensärztlichen Atteste, der auf den Ärztetagen der Jahre 1874 und 1895 seinen Abschluß fand. Den Hauptstreitpunkt bildete hierbei die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses. Im Auslande ist dieser Streit noch lange nicht beigelegt. In zwei Lager geteilt stehen z. B. in Frankreich, Belgien und den Niederlanden die Ärzte den Lebens-

versicherungen gegenüber, die einen, die Anhänger des secret medical in einem wenigstens etwas wohlwollenden, die anderen die Anhänger des secret absolu in einem absolut abweisenden Sinne. In Deutschland sind die Schwierigkeiten, welche sich bei der Ausstellung der hausärztlichen Atteste und dem § 33 des Strafgesetzbuches, die Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses betreffend, ergaben, durch den Ärztetag von 1874 beseitigt, welcher in fünf Artikeln das Verhältnis der Hausärzte und ihrer Klienten zu den Lebensversicherungsgesellschaften regelte. Das wesentliche in diesem Übereinkommen ist, daß der Versicherungskandidat vorher die schriftliche Erklärung abzugeben hat, daß er mit der rückhaltslosen Auskunft über seinen Gesundheitszustand direkt an die Gesellschaft einverstanden ist. Die Gesellschaften behandeln die Atteste völlig vertraulich, weder Patient noch Agent erfährt etwas von demselben. Auch werden sie nicht mit anderen Versicherungsgesellschaften ausgetauscht.

Die Behandlung der vertrauensärztlichen Gutachten regelte der Ärztetag von 1895. Er bestimmte, daß die Vertrauensärzte nicht von den Agenten, sondern von den Gesellschaften direkt angestellt werden, empfahl die Untersuchung im Hause des Arztes und entwarf einheitliche Untersuchungsformulare. Mitteilungen über den Inhalt des Gutachtens werden weder dem Agenten noch dem Untersuchten gemacht, noch dürfen die vertrauensärztlichen Atteste unter den Lebensversicherungsgesellschaften gegenseitig mitgeteilt werden. Schließlich wird ein Mindesthonorar von 10 M. für das Attest festgesetzt und eine gemeinsame Kommission vom Geschäftsausschuß des deutschen Ärztevereinsbundes und den Vertretern der Lebensversicherungsgesellschaften eingesetzt zur Entscheidung gemeinsamer Fragen und strittiger Punkte.

Beide Abmachungen haben sich bis auf den heutigen Tag bewährt. Einfacher liegt die Sache für die letzte Art von Attesten für Lebensversicherungen, nämlich das Zeugnis des behandelnden Arztes, der den verstorbenen Versicherten ärztlich behandelte. Die Lebensversicherungen kümmern sich im strikten Gegensatz zu den hausärztlichen und vertrauensärztlichen Attesten um ihre Einziehung ebenso wenig, wie sie sie honorieren. Materiell interessiert ist an diesem Atteste nur der Erbe der Police, da er ohne dies Attest die Versicherungssumme nicht ausgezahlt bekommt. Sehr wichtig ist dies Attest indessen für die Lebensversicherungswissenschaft, da es das Schlußglied der Kette ihrer statistischen Aufzeichnungen darstellt, die ohne dies vollständig wertlos werden würden.

Schließlich kommen noch in Frage die Atteste für die privaten Unfallversicherungen und für die Invaliditätsversicherung. Die strafrechtlichen Gesichtspunkte sind für sie dieselben, wie bei der Lebensversicherung. Bei der Invaliditätsversicherung gibt es nur ein Attest und dieses ist entsprechend dem Sterbebericht für die Lebensversicherung ein reines Privatattest.

Die Verhältnisse der Ärzte mit den Unfallversicherungsgesellschaften regelte der Ärztetag von 1899 nach langen Verhandlungen, die das gewöhnliche Unfallattest auf eine verwandte Stufe mit dem hausärztlichen Attest der Lebensversicherungen stellen. Die Gesellschaften haben das Honorar für das Attest selbst zu zahlen und dürfen den Betrag nicht etwa wieder von dem Versicherten einziehen. Den Attesten liegen besondere Formulare zugrunde. Für Anfangs- und Schlußattest werden je 5 Mark, für Zwischenatteste je 3 Mark bezahlt. Vertrauensärztliche Atteste werden der freien Vereinbarung überlassen. Vielleicht wird noch eine Zeit kommen, wo auch hier der Ärztetag wird eingreifen müssen, wie er es bei der Lebensversicherung auch mußte. J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Mort par blessure accidentelle de l'œil sans lésions des paupières.

Von Socquet.

(Annales d'hygiène publique 1904 I.)

Socquet berichtet über einen interessanten Fall, in welchem der Tod einer Frau den Verdacht der Ermordung durch ihren Geliebten erweckt hatte. Die Frau besucht ihren Geliebten, der wegen einer Angina das Bett hütet; sie bittet ihn um ein Darlehen von 100 Francs. Der Freund streckt die Hand nach dem Nachttisch aus, der an der gleichen Seite des Bettes steht, an welcher die Dame sitzt, um ein Scheckformular zu entnehmen; dabei fällt vom Nachttisch ein Revolver zu Boden, der Revolver entlädt sich, und die Frau bricht, tödlich in den Kopf getroffen, zusammen. Soweit die Erzählung des Beschuldigten. Die Obduktion ergibt außer der Schußverletzung keine Spur einer Gewalttätigkeit. Die Lider des rechten Auges sind blutunterlaufen und ohne nennenswerte Verletzung. Das Geschoß ist in das rechte Auge eingedrungen, ohne die Lider zu verletzen, also unmittelbar in den Augapfel. Der Schußkanal führt weiter durch das Orbitaldach, den vorderen Teil der rechten Hirnhemisphäre und durchsetzt endlich das rechte Scheitelbein und die Kopfhaut. Der Schußkanal verläuft also von vorn unten nach hinten oben. Dieser Befund, verbunden mit der Unversehrtheit der Augenlider — die Frau hatte eben nicht einmal Zeit gehabt, reflektorisch die Lider zu schließen, so sehr überraschte sie der unglückliche Zufall — bestätigte die Angaben des Liebhabers. Die Beschaffenheit und der Mechanismus des Revolvers unterstützten gemäß weiterer Experimente des Verfassers die Aussagen des Beschuldigten. Selbstmord war bei dem Fehlen aller Zeichen des Nahschusses mit Sicherheit auszuschließen. Marx-Berlin.

Beitrag zur subkutanen Ruptur des Magendarmkanals.

Von Oberarzt Dr. Thelemann, kommand. zur chir. Univ.-Klinik in Marburg.

(Deutsch. militärärztl. Ztschr. Febr. 1905, S. 97.)

Verf. analysiert 11 Fälle aus der Küsterschen Klinik. Die Ursache ist eine stumpfe Gewalt, die entweder zirkumskript einwirkt, wie Hufschlag, Stoß etc., oder diffus wie z. B. beim Überfahrenwerden. Vorzugsweise werden landwirtschaftliche Arbeiter, Reiter, Fuhrleute und Bauarbeiter betroffen; selten Frauen: 16 unter 254 Fällen. Frauen sind durch ihre Kleidung mehr geschützt. Die meisten Rupturen sind Berufsunfälle, daher sind Kinder und Greise selten dabei. Der in Hernien liegende Darm reißt bei auftreffender Gewalt besonders leicht, weil er im Moment der Kompression an der Bruchpforte leicht abgeknickt wird und dann eine starke Drucksteigerung des Inhaltes erleidet. Sitz der Ruptur ist in der Regel die getroffene Partie. 88,1 % entfielen auf den Dünndarm; 11,9 auf Coecum und Colon ascendens. Das Colon descendens wird nur einmal in der Literatur erwähnt. Selten ist mehr als eine Perforation da. Komplikationen sind Zerreißungen von Leber, Milz, Niere usw., sowie Blutungen aus Mesenterialgefäßen. Unter den Symptomen stehen Schmerz und Shok obenan. Dazu Erbrechen und bald Meteorismus. Konstant ist das Trendelenburgsche Zeichen: eine brettharte Spannung der Bauchdecken an der getroffenen Stelle. Die regelmäßige Folge ist Peritonitis, die schon $1^1/_2$ Stunden nach dem Trauma einsetzen kann. Eine exakte Frühdiagnose ist meist unmöglich, da eine einfache Quetschung der Bauchdecken dieselben Anfangserscheinungen darbieten kann. Die Anamnese ist daher von hoher Bedeutung. Ohne operatives Eingreifen ist die Prognose absolut schlecht. Von 160 Nichtoperierten starben 149; 11 heilten mit Kotfistel; nur einer vollständig. In der Behandlung ist die Darreichung von Opium zu verwerfen; sie hebt diejenigen Momente

auf, welche den Austritt von Kot in die Bauchhöhle begrenzen: den Darmkrampf und Schleimhautvorfall. Für die Behandlung kommt nur früheste Operation in Frage, die in Laparotomie mit Absuchen des ganzen Darmes bestehen muß. Je früher sie gemacht wird, um so besser sind die Chancen für den Verletzten.

Ktg.

Ein eigenartiger Fall doppelter Fremdkörperdurchbohrung der Speiseröhre.

Vom Stabsarzt Dr. Schmiz in Aachen.

(Deutsche militärärztliche Zeitschr. 1905. Nr. 3, S. 227.)

Ein Mann hatte am 8. November 1903 einen Entenknochen verschluckt. Sofortige Untersuchung mit Sonden und Röntgenstrahlen ergab nichts; besondere Beschwerden bestanden nicht. In militärärztliche Behandlung kam Patient, als drei Tage später Schmerz und Schüttelfrost eintraten. Auch jetzt ergab mehrfache Untersuchung nichts, obgleich eine umschriebene Schwellung an der rechten Halsseite und leichter Schmerz in der Gegend des Schildknorpels bestand. Die Operation legte die Speiseröhre 6 cm lang vom Ringknorpel aufwärts frei; Eiter wurde nicht gefunden, auch keine Perforation, kein Fremdkörper. Das Fieber blieb hoch; am 16. November Tod an Pneumonie. Die Sektion zeigte eitrige Mediastinitis vorn rechts, Pleuritis, Pneumonie rechts und Pericarditis. Als Ausgang der Infektion wurde eine doppelte Durchlöcherung der Speiseröhre dicht unterhalb des Ringknorpels gefunden. Parallel dem Knorpel lag, der vorderen Speiseröhrenwand dicht angeschmiegt, das schwach gekrümmte, 6 cm lange Stück eine Entenrippe, mit beiden Enden in den Perforationen festgehakt. Diese Lage erklärt es, daß der Fremdkörper mit der Sonde nicht gefühlt und bei der Durchleuchtung nicht gesehen wurde; denn sein Schatten deckte sich mit dem des Ringknorpels. — (Der Fall lehrt wieder, daß man Durchleuchtungen in mehreren Ebenen wiederholen soll, wenn die erste ergebnislos bleibt. Ref.)

Ktg.

Beitrag zur Pankreaschirurgie.

Von Scheider.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift. Januar 1905. S. 124.)

Im akuten Stadium der Pankreatitis, d. h. dann, wenn die Erkrankung plötzlich einsetzt und mit heftigen Schmerzen im Epigastrium, Übelkeit und Erbrechen, Störungen der Darmfunktion und Neigung zum Collaps einhergeht, ist es bisher erst in wenigen Fällen gelungen, die Kranken durch eine Operation zu retten. Sch. operierte einen Fall von akuter Pankreatitis mit Ausgang in retroperitoneale Eiterung und Pankreasnekrose. Die Patientin hatte früher häufig an Gallensteinkoliken gelitten. Im Anschluß an eine Lungenentzündung, die am fünften Tage kritisierte, entwickelten sich Schmerzen, die vom Epigastrium nach dem linken Hypochondrium und zur linken Lumbalgegend hinzogen. Dabei bestanden abendliche Temperatursteigerungen bis 39,5. Vier Wochen später ergab die Punktion unterhalb der linken zwölften Rippe in hinterer Axillarlinie weißlichen, nicht übelriechenden Eiter. Bei der daran angeschlossenen Operation wird durch linksseitigen Flankenschnitt reichlich Eiter entleert aus einer retroperitonealen Höhle. Nach sorgfältiger Austupfung läßt sich aus dieser Höhle ein längliches nekrotisches Gewebsstück extrahieren, welches bei der mikroskopischen Untersuchung Reste von acinösem Drüsengewebe erkennen läßt. Zehn Wochen nach der Operation konnte Patient geheilt entlassen werden. Zucker im Urin war nicht aufgetreten, auch wurde niemals Ausfließen von Pankreassaft aus der Wunde bemerkt.

Weiterhin berichtet Sch. über einen Fall von subkutaner, isolierter Zerreißung des Pankreas. Ein 18jähriger junger Mann hatte einen Stoß mit einer Wagendeichsel gegen die Oberbauchgegend erlitten. Wegen eintretender akuter peritonitischer Erscheinungen wurde laparatomiert. Es fanden sich keine Darmverletzungen, wohl aber ein Querriß im Pankreaskopf, aus dem sich nach Entfernung der Coagula helle, etwas fadenziehende Flüssigkeit entleerte. Blutung aus dem Pankreas war mäßig und wurde durch Umstechung gestillt, die Wunde tamponiert. Nach $4^1/_2$ Tagen trat der Exitus ein, ohne daß sich eine neue Blutung oder erhebliche Absonderung von Pankreassaft gezeigt hätte.

J. Meyer-Lübeck.

Innere Medizin.

Über traumatische Aortenwandrupturen, mit besonderer Berücksichtigung des Mechanismus ihrer Entstehung.

Von W. Revenstorf.

(Mitteilungen a. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie, XIV. Band. 4. Heft 1905, Seite 425.)

Zur Feststellung der Bedingungen, unter denen eine nicht krankhaft veränderte Aorta reißt, bringt Verf. eine Reihe von Erfahrungen aus dem Hamburger gerichtsärztlichen Institut. Neben Überdehnung kommt die einmalige oder dauernde starke Vermehrung des Blutdrucks in Betracht, der auf der Innenwand der Aorta lastet. Erschütterung der Blutsäule, wie sie z. B. beim Fall aus großer Höhe vorkommt, kann dabei ein Hilfsmoment bilden. Überdehnungen erzeugen Querrisse; Rupturen durch Platzen Längsrisse. Wie groß der Überdruck sein muß, der zur Zerreißung führt, geht aus den Versuchen an Carotiden des Hundes hervor; bei ihnen waren 7—11 Atmosphären nötig, um Risse herbeizuführen. Ob eine Ruptur traumatischen Ursprungs ist oder nicht, wird auch bei der Aorta nur durch Prüfung der physikalischen Widerstandsfähigkeit der erhaltenen Teile des verletzten Gefäßes zu erweisen sein.

Die Abschnitte der Aorta verhalten sich nicht gleichartig. Im Anfangsteil dürften durch eine komprimierende Gewalt Platzrupturen veranlaßt werden; noch leichter im aufsteigenden Teil und Bogen. Denn infolge der anatomischen Lage muß der Verschluß des abführenden Teiles erfolgen, wenn das Brustbein gegen die Wirbelsäule gedrückt wird. Eine genaue Unterscheidung der Platzruptur von der durch Überdehnung herbeigeführten ist indes weder aus dem Obduktionsbefunde, noch aus der Art des Traumas abzuleiten. — Die Prädilektionsstelle für Risse im Brustteile der Aorta liegt dicht hinter der Insertion des Ductus Botalli. Neben den schon erwähnten ätiologischen Momenten kommt Überdehnung der Anheftungsstellen am Bronchus und an der Wirbelsäule in Betracht. Bei Verzerrung des Lungenhilus durch eine die rechte Brusthälfte zusammenpressende große Gewalt, auch durch Verschiebung der Brusteingeweide durch eine derartige Einwirkung von der oberen Bauchgegend her kann dies eintreten. Sitz und Gestalt der Ruptur erlauben dann einen Schluß auf die stattgehabte Überdehnung. Neben dem scharfrandigen Querriß sind stets Risse in der benachbarten Intima zu sehen. Ist der Riß partiell, so ist er an der konkaven Seite lokalisiert. Auch Rupturen des Ductus Botalli bei Neugeborenen sind zweimal beschrieben. Die Entstehung beim Geburtsakt ist nicht genügend aufgeklärt.

Im Bauchteil liegen die Verhältnisse ähnlich, soweit die spärlichen Erfahrungen ein Urteil erlauben. Doch ist die Bauchaorta nach ihrer Lage mehr direkten Quetschungen ausgesetzt. Starke Kompression des Körpers im sagittalen oder diagonalen Durchmesser hat in manchen Fällen eingewirkt, so u. a. beim Auffallen des Körpers auf harte Gegenstände. Derartige Verletzungen sind als Platzrupturen zu deuten; sie sitzen mit Vorliebe dicht am Zwerchfellschlitz.

Der Raum des Referates gestattete aus dem reichen Inhalt der ausführlichen Arbeit nur eine Andeutung der wesentlichsten Ergebnisse. Die sehr interessanten Versuche des Verfassers und die nicht minder instruktive Kasuistik konnten hier nicht ge-

würdigt werden. Ich mache besonders die Herren Gerichtsärzte auf das Original aufmerksam. Ktg.

Diabetes insipidus post trauma.

Von Dr. Thalwitzer-Kötzschenbroda.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904. No. 11.)

Ein 23 jähriger, kräftiger Rekrut, in dessen Anamnese weder erbliche Belastung, noch Lues oder Alkohol vorkommen, hängt beim Bauchaufschwung zu lange mit dem Bauch auf der Reckstange, während Kopf und Beine herabhängen. Nach der Übung Schmerz in der Nabelgegend, Taumeln, mehrfaches Erbrechen. Am nächsten Tage erscheint Pat. schwer krank. Im Lazarett mehrtägiges hohes Fieber (bei über 40°), Leibschmerzen, Übelkeit. Auf Colomel mehrfache Entleerungen, Nachlaß aller krankhaften Erscheinungen; am 5. Tage wird Pat. geheilt entlassen. Nach Wiederaufnahme des Dienstes klagt er über Durst und häufigen Urindrang. Er gibt glaubhaft an, daß beides schon im Lazarett vorhanden gewesen sei. Trotz starker Abmagerung und großer Schwäche tut er noch fast 5 Monate Dienst und wird dann vom Truppenarzt ins Lazarett gesteckt. Hier wird starke Abmagerung (um 20 Pfd.) und große Schwäche festgestellt, im übrigen ist an den Organen, auch des Nervensystems, nichts Krankhaftes zu finden. Urin 11 000, fast wasserhell, frei von Eiweiß, Zucker und Formbestandteilen, inosithaltig. In dreiwöchentlicher Beobachtung bessert sich bei Bettruhe und guter Ernährung das Allgemeinbefinden, die Urinmenge aber geht nicht unter 6—7 Liter herab. Pat. wird als Ganzinvalide entlassen. Mehrfache Nachuntersuchungen, zuletzt $2^1/_2$ Jahre nach dem Trauma, zeigen keine wesentliche Veränderung. Bei leichter Arbeit fühlt Pat. sich ziemlich wohl, die Urinmenge beträgt immer noch 6 Liter.

Daß der Diabetes insipidus von der verunglückten Turnübung herrührt, ist nicht zu bezweifeln. Thalwitzer glaubt nicht, daß es sich um eine Quetschung der Baucheingeweide und ihrer Nervenplexus handelt; dazu war die Gewalteinwirkung nicht stark genug. Vielmehr nimmt er an, daß es durch den Druck auf die Bauchaorta zu einer erheblichen Drucksteigerung im Gefäßsystem gekommen sei, und daß diese zu kleinen Blutungen im Gebiet der Medulla oblongata geführt habe. Dafür spricht auch der Schwindel, das Erbrechen und die kurzdauernde akute Temperatursteigerung. Lehfeldt.

Herpes zoster traumaticus.

Von Dr. Stepp-Nürnberg.
(Dtsch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 51.)

Im ärztlichen Verein zu Nürnberg stellte Stepp eine 52 jährige Frau vor, die am 11. Juni einen Stoß gegen die linke Wange erlitt. Sugillation, leichte Hautabschürfung, starker Schmerz. Am 17. Juni Frost und Kopfschmerzen, am 18. Juni Bläschen in der Stirngegend, Nasenwurzel und am Nasenflügel. Zweifellos rührt der Herpes vom Trauma her. In der Diskussion erwähnte Stein einen von ihm beobachteten Herpes zoster intercostalis bei einem Studenten, der auf der Mensur einen Säbelhieb gegen die Brust erlitten hatte. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Ein Fall von Gehirnerschütterung.

Von Assistenzarzt Dr. Noehte in Darmstadt.
(Deutsche mil. ärztl. Ztschr. 1905. Heft 2, S. 164.)

Patient stürzte am 15. September 1904 aus einem fahrenden Zuge und wurde abends ins Garnisonlazarett gebracht. Es wurden zwei Hautwunden an den Scheitelbeinhöckern festgestellt. Der Kranke agitierte und wehrte Schmerzeindrücke ab; war aber völlig bewußtlos. Am 18. war er besinnlicher; seine Klage führte jetzt erst zur Entdeckung einer rechtsseitigen Schulterluxation, die eingerichtet wurde. Während der allmählichen Besserung blieb längere Zeit eine besondere Unsicherheit des Ganges und Schwäche der rechten Körperhälfte mit Neigung nach rechts zu fallen. Dazu Doppelsehen, unsichere Sprache und Störung des Intellektes. Bis Dezember weiterer Rückgang der Erscheinungen. Neu traten unwillkürliche Bewegungen auf, die von der linken Hand ausgingen und einige Male den ganzen Körper ergriffen. Am 5. Dezember bestand die Störung der Bewegungen mit Schwanken des Kopfes und Rumpfes fort: Störung des Geruchs und Geschmacks, Steigerung der rechtseitigen Reflexe, Einengung des Gesichtsfeldes. Dazu Namensvergeßlichkeit, Trübung des Erinnerungs- und Kombinationsvermögens, sowie ein etwas läppisches Wesen. Verf. bezieht die rechtseitige Schwäche auf eine Störung der Pyramidenbahn; die Lähmungserscheinungen auf die Tiefenwirkung der örtlichen Gewalt bei dem Sturz. Der äußere Sitz der noch sichtbaren Narbe entspricht dem Facialiszentrum. Die linksseitigen Reizerscheinungen sollen durch Rückstoß hervorgerufen sein. (Warum, wird nicht begründet; es bestand ja auch rechts eine Kopfverletzung.) Ataxie und Intelligenzstörung werden auf Rindenschädigung bezogen und mit denen in Parallele gestellt, die bei Alkoholrausch, Altersblödsinn und Paralyse vorkommen. Patient trat am 20. Dezember eine Badekur an; weitere Besserung wurde erhofft.

Der Fall ist für die Sachverständigentätigkeit noch nicht verwertbar. An sich nicht, weil das Krankheitsbild, namentlich in körperlicher Hinsicht, nicht genau genug dargestellt ist. Abgesehen von der gar nicht in Betracht gezogenen rechtseitigen Kopfverletzung ist auch über die linksseitige nichts Näheres gegeben. Beide sind gleichmäßig als Hautverletzungen bezeichnet aber nicht beschrieben. Ferner fehlen Angaben über das Verhalten des luxiert gewesenen, rechten Armes und über die Lähmungen, für deren Bewertung das Verhalten der Muskeln, wie der Sensibilität beider Körperhälften wichtig gewesen wäre. Auch über die nur im Endstatus erwähnten Geruchs- und Geschmacksstörungen fehlt Näheres. Über die für etwaige Unfallsbegutachtungen interessante Prognose wird aus dem Fall erst dann etwas zu entnehmen sein, wenn nach seinem Ablauf eine ergänzende Mitteilung erfolgt. Ktg.

Zentrale Hirnverletzung nach einem Stoß gegen den Schädel.

Von Prof. Thiem-Cottbus.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1904, Nr. 11.)

Ein 47 jähriger Mann stößt am 28. Juli 1903, vormittags 11 Uhr mit dem Kopf gegen einen in Kopfhöhe angebrachten Querbalken. Er klagt sofort über heftigen Kopfschmerz, arbeitet aber am 28. und 29. Juli noch weiter in der Scheune. In der Nacht zum 30. Juli so heftige Kopfschmerzen, daß Patient am nächsten Morgen zum Arzt in der nächsten Stadt gefahren werden muß. Dieser stellt fest, daß Patient vor heftigem Kopfschmerz taumelt und etwas benommen ist. Am 31. Juli stellt der Arzt neben großer Hinfälligkeit rechtsseitige, am nächsten Tage doppelseitige Pupillenstarre fest. Am 1. August abends heftige Atemkrämpfe und Tod. Der behandelnde Arzt nimmt eine zunächst geringe zentrale Blutung an, die sich dann vergrößert und zum Tode geführt habe. Ein zweiter Arzt bezweifelt das, weil Patient noch zwei Tage gearbeitet habe, und weil das Krankheitsbild nicht dem bei Schlaganfall gewohnten entspreche. Im Obergutachten stellt Thiem zunächst fest, daß Anamnese und Verlauf gegen eine schnell wachsende, bösartige Geschwulst sprechen. Vielmehr hat die Quetschung wahrscheinlich zu einer zunächst geringen zentralen Blutung geführt. Nach von Bergmann rufen Quetschungen des Schädels am häufigsten Blutungen

im Gebiet der Ventrikel hervor, und die Pupillenstarre weist auf eine Affektion im Gebiet des Aquaeductus Sylvii, zwischen drittem und vierten Ventrikel, hin, an dessen Grunde der die Pupille regulierende Oculomotorius verläuft. Der Verlauf ist nun natürlich anders, als beim „Schlaganfall", bei dem die Blutung an ganz anderer Stelle sitzt. Hier haben offenbar die Weiterarbeit und zumal der Transport zum Arzt die Blutung verstärkt, und dadurch ist es zur Kompression der lebenswichtigen Zentren im vierten Ventrikel gekommen.

Lehfeldt.

Ein Fall von isolierter traumatischer Lähmung des rechten Nervus abducens.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg.
(Mon. f. Unf.-Heilk 1905. Nr. 1.)

Eine 60jährige bis dahin gesunde Frau stürzt von der Treppe und schlägt mit der rechten Schläfe auf den Knauf des Treppenpfeilers. Nach kurzer Bewußtlosigkeit kann sie mit Hilfe der Angehörigen ins Schlafzimmer gehen und sich zu Bett legen. Eine halbe Stunde nach dem Unfall fand Verf. die Kranke bei klarem Bewußtsein, mit Klagen über Kopfschmerz und Schwindel. Frakturen am Schädel äußerlich nicht feststellbar, keine Blutung aus Ohr und Nase. Dagegen zeigt sich beim Öffnen des Mundes ein Blutstreif, der von der Mündung der rechten Tuba Eustachii zur hinteren Pharynxwand läuft und nach Abwischen schnell wieder erscheint. Das rechte Auge kann nicht mehr nach außen bewegt werden, im übrigen keine Störungen an den Augen. Aronheim stellte die Diagnose auf Fraktur der Felsenbeinpyramide mit Verletzung des N. abducens Nach mehreren Stunden Erbrechen von $^1/_2$ Liter Blut, das jedenfalls allmählich von der Bruchstelle herabgesickert war. Dann allmählich Erholung, aber bleibende Lähmung des Abducens. Da sie gleich nach dem Unfall auftrat und auch später nicht zurückging, war der Nerv wahrscheinlich nicht etwa durch Bluterguß komprimiert, sondern zerrissen.

Lehfeldt.

Ein Beitrag zur Lehre von den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltraumen.

Von M. Dinkler.
(Archiv für Psychiatrie 1905. Band 39, S. 2.)

Bei einer großen Anzahl von sogenannten metatraumatischen Psychosen, die früher durchweg als funktionelle Nervenerkrankungen aufgefaßt wurden, ist es jetzt verschiedenen Autoren gelungen, feinere Veränderungen an Blutgefäßen und der Gehirnsubstanz nachzuweisen. Dinkler bereichert diese Beobachtungen um zwei klinisch und anatomisch bemerkenswerte Fälle.

Ein 59jähriger, stets nüchterner Fabrikmeister fällt mit dem Hinterkopf auf eine scharfe Mauerkante und erleidet eine stark blutende Quetschwunde der Schädelhaut. Unmittelbar nach dem Fall eine kurz dauernde Bewußtlosigkeit, hernach treten andauernde Kopfschmerzen und Schwindel auf. Überhaupt war der Kranke nach dem Unfall gänzlich verändert und geriet nach und nach immer mehr in einen Zustand von Verblödung. Exitus erfolgte ca. $1^3/_4$ Jahr nach dem Sturz. Im Großhirn und in den Stammganglien zeigten sich zahlreiche stecknadelkopf- bis bohnengroße Höhlen, die bald durch schmale, bald durch breitere Hirnsubstanzen von einander getrennt sind. An der Konvexität des Gehirns am linken Gyrus centralis anteria eine mandelgroße, erweichte, rötlichgelbe, eingesunkene Stelle. In den geschilderten Höhlen findet sich fast stets ein hyalin entartetes Blutgefäß. Die Pia ist in größeren Bezirken ziemlich verdickt. Die Wandung der Blutgefäße zeigt eine eigentümlich homogene, oft geradezu hyaline Beschaffenheit. Mit dem Verlust der fibrillären Zeichnung ist regelmäßig eine Verminderung der Zellkerne der Media und Intima verbunden. Die Gefäße der Hirnrinde zeigen entweder eine ähnliche Beschaffenheit wie die der Pia, oder es sind alle drei Häute, besonders die Adventitia, von zahlreichen, dicht aneinander liegenden Rundzellen durchsetzt, welche auch oft auf die Hirnsubstanz übergreifen. — Im zweiten Fall glitt ein 10jähriger Knabe einen abschüssigen Weg hinab und wurde eine Stunde später bewußtlos aufgefunden. Nach zweitägigem Coma erfolgte Exitus. Die Sektion ergab eine sagittale Fissur des rechten Orbitaldaches und eine transversale Fissur der rechten mittleren Schädelgrube bis zum Türkensattel. Die weiche Haut des Gehirns und Rückenmarks zeigte zahlreiche kleine Blutungen. Im rechten Schläfenlappen ein walnußgroßer, hämorrhagischer Herd. Die mikroskopische Untersuchung ergab im Bereiche der Zentralwindungen erhebliche Veränderungen der färbbaren Substanz der Ganglienzellen und der Kerne. — Der erste Fall war somit bemerkenswert: 1. durch das Auftreten einer schweren, geistigen Störung unmittelbar im Anschluß an eine leichte Kopfverletzung, 2. durch die hochgradigen Gefäßveränderungen im Gehirn mit Blutungen, Erweichungen und Höhlenbildung. Der zweite Fall durch die schweren Ganglienzellenveränderungen nach einfachem Schädeltrauma.

Hoppe-Uchtspringe.

Über Schüttellähmung nach Unfällen.

Von Dr. Konrad Ruhemann-Berlin.
(Berl. Klin. Woch., 1904, No. 13—15.)

Verfasser gibt zunächst eine sorgfältige Literaturzusammenstellung. Über das Wesen der Krankheit läßt sich nach Erb nichts weiter aussagen, als daß wir z. Zt. nicht über die Annahme einer ursprünglich funktionellen Störung hinauskommen, die hauptsächlich im motorischen Apparat, wahrscheinlich aber noch darüber hinaus, im Zentralnervensystem lokalisiert ist. In der Ätiologie spielen Traumen jedenfalls eine nicht unbeträchtliche Rolle, sei es, daß sie die Erkrankung direkt hervorrufen, sei es, daß sie eine schon bestehende verschlimmern. Walz hat 54 Fälle von traumatischer Paralysis agitans zusammengestellt. Wichtig ist, daß zwischen dem Unfall und der ausgebildeten Krankheit eine Brücke von Symptomen (ziehende Schmerzen, Gefühl von Steifigkeit und Schwäche im verletzten Gliede) besteht. Die Schüttellähmung beginnt an der verletzten Seite; Ausnahmen von dieser Regel kommen zwar vor, sind aber selten. Im allgemeinen kommt die Schüttellähmung nur bei älteren Leuten vor. Gerade wenn sie jüngere Individuen befällt (wobei man sich vor der Verwechselung mit hysterischem Schütteltremor hüten muß), liegt der Verdacht nahe, daß sie durch ein Trauma bedingt ist.

Ausführlich beschreibt Verfasser diejenigen Fälle von traumatischer Schüttellähmung, die auf der Jollyschen Klinik seit 1886 beobachtet sind. Es sind 7 Fälle unter insgesamt 35 Fällen von Schüttellähmung, die in dieser Zeit zur Beobachtung kamen.

1. Ein 57 jähriger Fuhrmann wird durch eine Deichsel an der Außenseite des rechten Oberschenkels so stark getroffen, daß er über die Deichsel auf die rechte Seite fällt. Er ist 14 Tage bettlägerig und arbeitet dann wieder. Nach einem halben Jahr leises Zucken im rechten Fuß, nach einem weiteren viertel Jahr Zittern im rechten Arm. Im Verlauf von $2^1/_2$ Jahren bildet sich die Schüttellähmung so deutlich aus, daß Patient völlig erwerbsunfähig wird. 2. Eine 58 jährige Frau fällt vom Fensterbrett und erleidet eine Kontusion des linken Oberarmes. Ein viertel Jahr später Zittern im rechten Arm, bald danach auch im linken Arm. Ein zweiter Unfall (Patientin fiel zwei Jahre später rücklings von der Treppe) verschlimmerte das Leiden wesentlich; besonders wurden jetzt auch die Beine schwach. 3. Ein 53 jähriger Kaufmann fällt in den Keller und stürzt auf die rechte Seite. Er wurde nicht bewußtlos und konnte auch allein die Treppe wieder emporsteigen. Drei Monate später Schwäche in den Armen, nach weiteren zwei Jahren typische

Schüttellähmung. Bei diesem neuropathischen und im Leben viel vom Unglück verfolgten Mann hat das Trauma sicher als auslösendes Moment gewirkt. 4. Einem 64 jährigen Maurer fällt ein Stein auf den linken Ellenbogen. Danach Zittern im linken Arm bei starken Anstrengungen. Doch blieb Patient arbeitsfähig, bis er ein Jahr später beim Einsturz eines Gerüstes von einem Kalkkasten an der linken Schulter getroffen wurde. Danach trat ausgeprägte Schüttellähmung ein. 5. Ein 60 jähriger Tischlergeselle kam mit stark ausgeprägtem und schon vorgeschrittenem Krankheitsbild in die Klinik. Er gab an, daß das Zittern sechs Jahre zuvor im rechten Arm begonnen habe, nachdem er kurz vorher auf diesen Arm gefallen war. 6. Eine 58 jährige Witwe fällt bei Glatteis auf den Hinterkopf und Rücken, wird bewußtlos und schleppt sich später mühsam nach Hause. Bald danach Zittern im rechten Arm und rechten Bein. Als sie vier Jahre später in die Klinik kam, bot sie das deutliche Bild der Schüttellähmung. 7. Der letzte Fall betrifft eine 72 jährige Witwe, die im Alter von 35 Jahren eine Lähmung des linken Armes durchgemacht hatte. Doch wurde der Arm vor Ablauf eines Jahres wieder ganz gesund. Im Alter von 65 Jahren fiel sie zu Boden und wurde bewußtlos. Nach dem Erwachen Lähmung des linken Armes und linken Beines. Sie lag sieben Wochen zu Bett. Der Zustand besserte sich, doch blieb der linke Arm schwach. Seit drei Jahren Zittern im linken Arm und schüttelnde Bewegungen der Finger der linken Hand. Auch später blieb die linke Körperhälfte wesentlich stärker erkrankt.

Im Anschluß an diese Fälle beschreibt Ruhemann eine hysterische Schüttellähmung bei einer 49 jährigen Witwe. Auch hier wurde ein Trauma als Ursache angegeben. Die hysterische Natur des Leidens gab sich dadurch zu erkennen, daß das Zittern bei abgelenkter Aufmerksamkeit aufhörte. Hypnose führte hier zur Heilung.

Von den 28 Fällen, bei denen in der Ätiologie das Trauma keine Rolle spielte, kamen als prädisponierende Momente für die Erkrankung Gemütsbewegungen, Erkältung, Infektionen und Intoxikationen, Gehirnerkrankungen (Apoplexie) in Betracht. Keine Rolle spielte dagegen hierbei die Syphilis. Bei den 16 männlichen Patienten trat die Erkrankung bei einem Durchschnittsalter von $50^1/_2$ Jahren auf, die 19 weiblichen waren beim Beginn des Leidens im Durchschnitt 58 Jahre alt.

Lehfeldt.

Drei Fälle von posttraumatischer, chronischer, spinaler Amyotrophie mit Berücksichtigung der übrigen ätiologischen Momente.

Von H. Pagenstecher.

(Mon. f. Unf.-Heilk 1905. Nr. 1.)

Neben anderen Ursachen kommt bei den chronischen spinalen Amyotrophien, die in bezug auf ihre ätiologischen Momente am besten gemeinsam zu behandeln sind, in manchen Fällen auch das Trauma wesentlich in Betracht. Es hat dabei oft vermutliche nur elektive und auslösende Wirkung, insofern die Anlage zur Erkrankung schon bestanden hat; das Trauma bestimmt dann den Zeitpunkt des Ausbruchs und den Ort, an dem das Leiden zuerst einsetzt. Pagenstecher beschreibt drei Fälle, die in der Erbschen Klinik beobachtet sind. 1. Ein 28 jähriger Hausbursche hält sich bei einem Sturz mit den Armen etwa fünf Minuten an einem Querbalken schwebend, um nicht herabzufallen. Kurz danach Schwäche in den Armen und Gefühl von Erfrorensein in den Fingern, nach wenigen Monaten Schluckbeschwerden und Sprachstörungen. Fünf Monate nach Beginn des Leidens ergibt die Untersuchung die Symptome einer Bulbärparalyse mit fibrillären Zuckungen in der Zunge, dem weichen Gaumen etc. und ferner in der Muskulatur der Hand, der Schulter und der Beine. Dabei sind die Reflexe an allen Extremitäten gesteigert, partielle Entartungsreaktion, Sensibilität intakt. Diagnose: amyotrophische Lateralsklerose und chronische amyotrophische Bulbusparalyse. 2. 38 jähriger Schiffer hält sich bei einem Fall mit dem rechten Arm an dem Seitenteil seines Kahns, wobei das Schultergelenk gezerrt wird. Nach zwei Monaten Schwäche im rechten Arm. Auf die Parese folgt Atrophie und fibrilläre Zuckungen. Ganz allmählich, im Verlaufe mehrerer Jahre, werden auch die anderen Extremitäten und das Facialisgebiet befallen. Sehnenreflexe herabgesetzt oder aufgehoben, Sensibilität intakt. Diagnose: Poliomyelitis anterior chronica. 3. 61 jähriger Glaser stürzt mit großer Wucht auf das rechte Knie, das dabei zerschunden wird. Nach wenigen Wochen zunehmende Schwäche des rechten Beines mit folgender Atrophie der paretischen Muskeln und rapider Ausdehnung auf die anderen Extremitäten, so daß schon nach einem Monat Arbeitsunfähigkeit eintrat. In relativ kurzer Zeit wird fast die gesamte Körpermuskulatur ergriffen. Ausgedehnte fibrilläre Zuckungen, Entartungsreaktion in den paretischen Muskeln, lebhafte Patellarreflexe, normale Plantarreflexe und erloschene Achillessehnenreflexe. Kaum sieben Monate nach Beginn des Leidens Exitus durch Mitbeteiligung der Atemmuskulatur. Diagnose: Poliomyelitis anterior chronica. Das mikroskopische Sektionsergebnis wird ausführlich mitgeteilt.

Aus der Analyse dieser Fälle und den Ergebnissen der sehr umfangreichen Literaturdurchsicht zieht Verf. folgende Schlüsse. 1. Als wesentliche ätiologische Faktoren für die chronischen spinalen Amyatrophien sind zu betrachten: Erkältung, Lues, spinale Kinderlähmung, Bleivergiftung, allgemeine nervöse Belastung, Heredität, Überanstrengung im Beruf, Trauma. 2. Das Trauma kann eine „auslösende“ und „lokalisierende“ Bedeutung für die chronischen spinalen Amyotrophien gewinnen. 3. Eine angeborene oder erworbene Schwäche des motorischen Systems (Dutil) ist bei den Fällen von posttraumatischen, chronischen Amyotrophien wahrscheinlich. 4. Für die Auslösung und Lokalisation einer chronischen spinalen Amyotrophie kann in manchen Fällen das Zusammentreffen von Trauma und angestrengter motorischer Innervation (Erb) verantwortlich gemacht werden. In diesem 4. Punkt möchte Ref. auf die Übereinstimmung mit Edingers neuerdings wieder stark betonten „Aufbrauchstheorie“ hinweisen.

Lehfeldt.

Die gesundheitlichen Gefahren geschlechtlicher Enthaltsamkeit.

Dargestellt von Dr. med. W. Hammer-Berlin.

(Mit zwei Abbildungen. Leipzig. W. Malende. 1904.)

Die beiden Abbildungen stellen Luther dar im Jahre 1525 als verheirateten Pastor, wohl aussehend und gut genährt, und 1520 als ledigen Mönch mit magerem, eingefallenem Gesicht. Etwas unklar wird dazu bemerkt: Geschlechtliche Enthaltsamkeit in der letztgenannten Lebenszeit dürfte wohl die Hauptursache der stattgefundenen Veränderung sein.

Die angebliche Unschädlichkeit geschlechtlicher Enthaltsamkeit, von Ärzten beobachtet, wird mit knapp einer Seite abgehandelt und nur bemerkt, daß Verfasser dem Satze des Merkblattes der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, daß Enthaltsamkeit im geschlechtlichen Verkehr nach dem übereinstimmenden Urteil der Ärzte in der Regel nicht gesundheitsschädlich ist, persönlich nicht zustimmt. Es werden sodann die von Laien beobachteten Enthaltsamkeitsstörungen: Guy de Maupassant „Das alte Mädchen“, Eleonora Duse „Die Strafe“, Maria Janitscheck „Charakterzeichnungen vom Weibe“ erwähnt. In den folgenden Kapiteln werden der schädigende Einfluß geschlechtlicher Enthaltsamkeit auf die Geschlechtsorgane, das Auftreten von Nervenstörungen, Blutkrankheiten, Ernährungsstörungen und Hautkrankheiten erwähnt.

In dem letzten Kapitel, welches von der Vorbeugung und Behandlung der Enthaltsamkeitsstörungen handelt, wird nachzuweisen versucht, daß es eine dauernde, einwandfreie, geschlechtliche Befriedigung für die meisten Menschen nicht gibt. In der Ehe ist die Befriedigung des Geschlechtstriebes meist zu teuer, bei der Prostitution zwar billig, aber durch die Gonorrhoe und Syphilis gefährlich. Das freie Verhältnis scheint die vollkommenste Form des Verkehrs darzustellen, ist aber vom ärztlichen Standpunkt auch nicht zu empfehlen, da man meist einen zu häufigen Wechsel der Liebesverbindung beobachtet, wenn kein gesetzlicher Zwang die Gatten bindet. Es wird daher empfohlen, den Gefahren der Keuschheit mit Linderungsmitteln zu begegnen. Als solche werden angegeben, zunächst Aufklärung darüber, daß man dem Unbefriedigten zeigt, daß nur die wenigsten Menschen, auch die Verheirateten nur selten, geschlechtlich befriedigt werden, ferner Stärkung des Willens, um sich von der Selbstbefriedigung fern zu halten, kalte Waschungen und körperliche Übungen gegen das Überhandnehmen der Sinnlichkeit, Beschäftigung mit religiösen und wissenschaftlichen Tagesfragen, endlich Aufklärung besonders gefährdeter Stände, der Lehrer und Militärs, über geschlechtliche Verirrungen.

J. Meyer-Lübeck.

Über sexuelle Belehrung der Schulkinder.

Von Geh. Med. Rat Prof. Dr. Cohn-Breslau.

(Allgem. Medizin. Zentralzeitung 1904, Nr. 48, Pg. 931).

C. schildert aus eigener Erfahrung und aus der Literatur die enorme Verbreitung der Onanie bei beiden Geschlechtern im kindlichen Alter. Wenn auch die Gefahren der Onanie gemeinhin übertrieben werden, so bringt sie doch meist schädliche Störungen des Nervensystems hervor und ist zum mindesten nicht nützlich. Eltern und Lehrer haben daher die dringliche Pflicht, Kinder und Schüler vor der Onanie zu hüten. Die Hauptschuld an der Verbreitung der Onanie liegt darin, daß die Kinder über geschlechtliche Dinge nicht von berufener Seite aufgeklärt werden, sondern daß sie ihre Kenntnisse aus unlauterer Quelle schöpfen und bei ihrer ersten Kenntnis von dem geschlechtlichen Reize gleich der Onanie verfallen. Es ist daher dringend erwünscht, daß man es nicht dem Zufall überläßt, wie das Kind von den geschlechtlichen Vorgängen Kenntnis erlangt, sondern daß diese Kenntnisse dem Kinde durch Eltern oder Erzieher beigebracht werden. Wie das geschehen kann, ist natürlich eine sehr schwierige Frage. Wenigstens für Knaben ist sie nach dem Urteil C.'s am besten gelöst durch die kleine Schrift von Max Oker Blom, welche den Titel führt: Beim Onkel Doktor auf dem Lande, vorbeugende sexuelle Belehrungen für Knaben von acht bis zwölf Jahren mit Hilfe der Eltern. Übersetzt von Prof. Leo Burgerstein, Wien. Verlag von Pichlers Witwe und Sohn in Wien, Preis 85 Pf.

Oker Blom schildert einen Knaben, den ein Onkel, welcher Arzt ist, eingeladen hat, die Sommerferien auf dem Lande bei ihm zu verleben und den er nun wie ein Vater belehrt. Dieser Knabe schreibt nun an einen Freund in einer seinem Alter entsprechenden Form, wieviel interessantes er gehört und gelernt habe. Oker Blom wünscht, daß diese Geschichtchen langsam den Kindern von den Eltern vorgelesen werden sollen. Sie werden dann den Ausgangspunkt für vertrauliche Aussprachen zwischen Eltern und Söhnen bilden und dem Kinde zeigen, daß es in seinen eigenen Eltern seinen natürlichsten Ratgeber findet.

Es ist nur wünschenswert, daß recht bald eine Umarbeitung für Mädchen von dem vortrefflichen Verfasser herausgegeben werde, damit sie die Mütter und Lehrerinnen den heranwachsenden Töchtern vorlesen, bei denen ja leider ebenso wie bei den Knaben die Onanie sehr verbreitet ist.

J. Meyer-Lübeck.

Sexuelle Zwischenstufen.

Von Dr. Albert Moll, Berlin.

(Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904. Nr. 21.)

Man unterscheidet die Geschlechter in erster Linie nach der Beschaffenheit der Keimdrüsen und pflegt danach die Keimdrüse als primären Geschlechtscharakter zu bezeichnen. Alle anderen Geschlechtscharaktere, die sonst die beiden Geschlechter unterscheiden wie z. B. Kehlkopfbildung, Brustbildung, Richtung des Geschlechtstriebes etc., bezeichnet man als sekundäre Geschlechtscharaktere. Es gibt wohl kaum einen Geschlechtscharakter, der nicht gelegentlich auf das falsche Geschlecht übergeht. Solche Fälle, wo sich bestimmte Geschlechtscharaktere konträr dem Geschlecht entwickelt haben, nennt man sexuelle Zwischenstufen. Dem Studium der sexuellen Zwischenstufen dient ein besonderes Jahrbuch mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität, herausgegeben von Dr. med. M. Hirschfeld, Charlottenburg. Das Buch will der Erforschung der sexuellen Zwischenstufen dienen, die Vorurteile, welche gegen die Träger derartiger Abweichungen existieren, bekämpfen, endlich den § 175 des deutschen Strafgesetzbuches, der die widernatürliche Unzucht zwischen Männern mit Gefängnis bestraft, beseitigen, ausgehend von der Ansicht, daß die Homosexualität eine unverschuldete sexuelle Zwischenstufe darstellt und daß der Paragraph nur dem Erpressertum dient.

J. Meyer, Lübeck.

Hygiene.

Maßnahmen zur Verhütung des Ausbruchs und der Verbreitung ansteckender Krankheiten im Aufmarschgebiet eines Armeekorps und Vorbereitungen für die Regelung des Sanitätsdienstes in diesem Gebiet.

Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung in Breslau 1904 von Gen.-Ob.-Arzt Dr. Scholze, Divisionsarzt der 11. Division.

(Deutsch. mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Nr. 3, S. 193.)

I. An der Hand der vom Kriegsministerium herausgegebenen Arbeiten über Typhus- und Cholerabekämpfung, hat Verf. versucht, eine Anleitung für den Gesundheitsschutz im Aufmarschgebiet eines Armeekorps aufzustellen. Er fordert 1. Entsendung von 4 Militärärzten, 1 Veterinär und 4 Hilfsarbeitern nebst bakteriologischer Ausrüstung in das Aufmarschgebiet, nachdem eine vorläufige Orientierung über den Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung mit Hilfe der zuständigen Organe stattgefunden hat. Es folgen 2. Beratungen mit den örtlichen Behörden über ansteckende Menschen- und Tierkrankheiten, sonstige hygienische Mißstände, Trinkwasserverhältnisse usw. 3. Persönliche Erkundung des Gebietes nach dieser Richtung, in Begleitung der Medizinalbeamten und Ortsvorstände. Dabei sollen Wasserläufe, Unterkunft, Nahrungsmittelbezug oder Herstellung, Brunnen, Abwässerung, Aborte erforscht, vorhandene Mißstände möglichst gleich beseitigt werden. 4. Die größte Aufmerksamkeit ist unter Zuziehung der behandelnden Ärzte den Fällen ansteckender Krankheiten zu widmen; verdächtige Fälle sollen untersucht, beobachtet, bakteriologisch festgestellt, vorhandene bakteriologische Untersuchungsstellen für Kultur-, Impfversuche usw. in Anspruch genommen werden. Ansteckende Kranke sind zu isolieren; umfassende Desinfektionen durchzuführen, Häuser, ja Örtlichkeiten erforderlichen Falles zu sperren. Am wichtigsten ist dies an den Ausschiffungsorten der Truppen; weiterhin in allen für ihre Unterbringung in Betracht kommenden. 5. sollen Skizzen der Orte mit Einzeichnung der verdächtigen und verseuchten Häuser, Brunnen, Molkereien, der Krankenbehandlungs- und Beobachtungsstationen angefertigt und 6. mit fortlaufenden Berichten den Kommando-, Etappenbehörden und Truppenärzten übersandt werden (also mindestens viermalige Anfertigung, da der Berichterstatter doch ein Exemplar behalten muß). 7. Infizierte Truppen sollen zurückbleiben. 8. Die

Ergänzungsmannschaften, welche beim Truppenteil eintreffen, sollen genau untersucht; eventl. isoliert und beobachtet werden.

II. 1. Für die Truppen ist an den Ausladeorten Sorge für gutes Wasser zu treffen oder Gelegenheit zum Abkochen desselben einzurichten. Ferner sind bereitzustellen: Feldlatrinen, Desinfektionsmittel, passende Räume für die Isolierung und Beobachtung Verdächtiger und Kranker. 2. In den Quartieren sind Krankenstuben einzurichten, Transportmittel und Leichenräume bereitzustellen. 3. Sind Orte auszusuchen, die sich zur Einrichtung von Seuchenlazaretten und zur Aufstellung beweglicher Baracken eignen. 4. Sind Vorkehrungen für den Rücktransport ansteckender Kranker zu treffen; Fuhrwerke, Hilfslazarettzüge und eventl. Schiffe vorzubereiten.

Das meiste Sachliche aus diesen Forderungen ist durch die Kriegssanitätsordnung und die seitherigen kriegsministeriellen Verfügungen gesichert. Auch mit der zu I, 1 vorgeschlagenen Entsendung der Hygieniker ins Aufmarschgebiet kann man wohl einverstanden sein. Nur muß man ihnen nicht Dinge auftragen, die sie nicht leisten können. Verf. hat bei seinen Forderungen zu I weder die Größe des in Betracht kommenden Gebietes, noch die Zahl und die Kräfte der verfügbaren Menschen, noch die zur Verfügung stehende Zeit gewürdigt. Was er will, würde ein zehnmal größeres Personal und die Verfügbarkeit aller betr. Zivilorgane voraussetzen. Die aber haben in solcher Zeit noch viele anderen Pflichten; ein großer Teil der Ärzte z. B. wird außerdem durch die Mobilisierung seinem Wohnort entzogen. Endlich gehört Zeit, viel Zeit zur Ausführung von Vorschlägen, wie sub I 3—6 formuliert sind. Darum ist der Weg praktischer, den die Japaner — heute im praktischen Krigssanitätsdienst erfahrener wie wir — beschritten haben. Sie haben die hygienische Erkundung auf viele Kräfte und kleinere Bezirke verteilt, indem sie einen Teil der Truppenärzte mit jedem Kommando vorausschicken und ihnen die erforderlichen Gesundheitsmaßnahmen übertragen, die somit den Truppen bei ihrer Ankunft an Ort und Stelle unmittelbar bekannt gemacht werden. Nach allen Berichten haben die intelligenten Ostasiaten damit vollkommenen Erfolg gehabt; der ist um so nachhaltiger, als außerdem jeder Soldat über Gesundheitsschutz instruiert wird und diesem Unterricht ein solches Verständnis entgegenbringt, daß Ungehorsam gegen ärztliche Anordnungen nicht vorkommt. Vergl. deutsche mil. ärztl. Zeitschr. 1905, S. 80 und 245 und Mil.-Woch.-Bl. 1905, Nr. 42, S. 985. Auch auf russischer Seite sind von der freiwilligen Hilfstätigkeit sehr viel mehr Seuchenbekämpfungskolonnen ins Feld geschickt worden, als Armeekorps draußen sind; auch sie haben mit gutem Erfolge gearbeitet. Ktg.

Untersuchungen über die Möglichkeit der Übertragung von Krankheitserregern durch den gemeinsamen Abendmahlskelch, nebst Bemerkungen über die Wahrscheinlichkeit solcher Übertragung und Vorschlägen zu ihrer Vermeidung.

Von Dr. O. Röpke u. Dr. E. Huß, Eisenbahnheilstätte Stadtwald in Melsungen.

(Deutsche Medizin. Wochenschrift, Jan. 1905. S. 107.)

Die Frage der Benutzung des Einzelkelches bei der Darreichung des heiligen Abendmahls ist eine rein hygienische, da das innere Wesen der heiligen Handlung dadurch nicht berührt wird. Nach der Ansicht des Kaiserlichen Gesundheitsamts ist die Möglichkeit einer derartigen Übertragung nicht ganz von der Hand zu weisen. Es wird daher vom Gesundheitsamt den Geistlichen empfohlen, bei der Spendung des Abendmahls den Kelch nach jedesmaliger Darreichung um ein weniges zu drehen, so daß die Mundfläche der nächstfolgenden Person eine reine Stelle des Gefäßrandes berührt, und den letzteren öfter mit einem reinen Tuch abzuwischen. Trotz dieser Empfehlung nimmt die Benutzung des Einzelkelches immer mehr zu und es werden daher wohl auch bald die kirchlichen Behörden genötigt sein, offen zu dieser Frage Stellung zu nehmen.

Es schien daher wünschenswert durch experimentelle Versuche festzustellen: Wird bei dem Gebrauch des gemeinsamen Abendmahlkelches durch eine Reihe notorisch kranker und gesunder Personen überhaupt infektiöses Material an bzw. in den Kelch deponiert. Die Versuche wurden mit einer Anzahl tuberkulöser Kranke der Heilstätte in der Art angestellt, daß ihnen aus dem sterilisierten und mit sterilem Rotwein gefüllten Kelch genau in der kirchlich üblichen Weise, und unter Beobachtung des empfohlenen Drehens des Kelches nach jedesmaliger Darreichung, zum Trinken gereicht wurde. Gleich im Anschluß daran wurden die dem Kelche anhaftenden sichtbaren Weinreste und Lippenabdrücke mit kleinen sterilen Gazebäuschen aufgetupft, ebenso die nach dem Kelchgrunde wieder zusammenfliessenden Weintropfen. Ersteres geschah einmal, bevor der Gefäßrand mit einem sterilen Tuch nach Vorschrift des kaiserlichen Gesundheitsamts abgerieben war und ein zweites Mal nach solchem Abreiben. Sämtliches so gewonnenes Material wurde alsdann auf Meerschweinchen und Kaninchen geimpft, indem die Tupfer durch Laparatomie in die Bauchhöhle gebracht wurden. Die makroskopischen Sektionsbefunde wurden in allen Fällen durch Untersuchungen von Ausstrich oder gefärbten Schnittpräparaten oder durch das Kulturverfahren erhärtet.

Die Versuche gaben fast in allen Fällen positive Resultate und lassen den Schluß zu, daß der obere äußere und innere Kelchrand, ferner die oberste etwas abgeplattete Zirkumferenz des Kelches und schließlich der Wein im Kelch selbst, kurzum alles, was bei der Austeilung des Abendmahlkelches mit dem Munde berührt werden muß, zum Träger von Krankheitserregern geworden ist. Die Beseitigung von Übertragungsmöglichkeiten durch das Drehen des Kelches und öfteres Abwischen des Kelchrandes scheint unmöglich.

Die Wahrscheinlichkeit einer Krankheitsübertragung scheint danach nicht unbeträchtlich, besonders durch Phthisiker, zumal wenn man bedenkt, daß diese Kranke auch im vorgeschrittenen Stadium meist nicht ans Bett gefesselt sind. Nicht außer acht zu lassen ist auch der Umstand, daß die zu den Versuchen benutzten Kranken in der Anstalt an eine sehr sorgfältige Mundpflege gewöhnt waren, während die Mundpflege im allgemeinen in der niederen Bevölkerung noch sehr im Argen liegt. Die ideale Lösung der Frage bildet der eigene Abendmahlskelch, d. h. der Einzelkelch, den sich jeder zur Abendmahlsfeier mitbringt. Eine Notwendigkeit ist die Anschaffung der Einzelkelche für die Kirchen an Bade- und Kurorten für Lungenkranke, ferner für Krankenhäuser, Lungenheilstätten, Heilstätten für Geschlechtskranke und dergleichen. J. Meyer, Lübeck.

Beitrag zur bakteriologischen Untersuchung der Fleischkonserven.

Von Prof. E. Pfuhl in Berlin.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf. Krkhtn. 48. Band, 1. Heft, S. 121.)

Büchsenkonserven sollen frei von lebenden Bakterien sein. Das trifft leider nicht immer zu. Verf. hat unter 106 Büchsen mit Fleischkonserven 29 keimhaltig gefunden. Sie sind nicht immer aufgetrieben und für das Auge dann als verdorben nicht erkennbar. Die Entnahme von Stichproben bei der Abnahme von Lieferungen gibt keine Garantie für durchweg gute Ware; denn es können Proben getroffen sein, die einwandfrei sind, während in dem nicht geprüften Rest verdorbene sich befinden. Auch ist es möglich, daß die Untersuchung unzuverlässig bleibt, wenn sie Stellen trifft, die frei von lebenden Keimen sind. Pf. setzt die zu untersuchenden Büchsen uneröffnet in den

Brutschrank und läßt sie nicht unter elf Tage darin. Etwaige lebende Keime haben sich dann so vermehrt, daß sie immer gefunden werden. Die größte Sicherheit wird vorhanden sein, wenn der Besteller dem Fabrikanten aufgibt, einen geschulten Bakteriologen mit der Überwachung des Sterilisierverfahrens bei der Zubereitung zu betrauen. Diesem Beirat würde auch die Ausmerzung verdächtiger Büchsen zufallen. Das ist wichtig, da nach Pf. hierin nicht überall mit der genügenden Sorgfalt verfahren wird. (Ich meine, daß nicht bloß Besteller großer Lieferungen, sondern das Publikum im ganzen ein weitgehendes Interesse daran hat, diese Frage gesetzlich geregelt zu sehen. Die neuerdings mehrfach in der Tagespresse mitgeteilten Vergiftungen — auch mit vegetabilischen Konserven — lassen erkennen, daß hier etwas nicht in Ordnung ist. Ref.) Ktg.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Wissenschaftliche Mitteilungen aus der Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau. 1904.

Vor etwa Jahresfrist hat die bekannte Heilanstalt für Unfallverletzte in Breslau ein neues, zeitgemäßes Eigenheim bezogen und dabei eine Festschrift herausgegeben, in der bemerkenswerte Arbeiten aus dem Gebiet der Unfallheilkunde enthalten sind. Als die bedeutsamste sei daraus erwähnt die Abhandlung von Heintze: Über die operative Behandlung veralteter Ellenbogenverletzungen. Der Verfasser hat in sechs Fällen ähnlich wie Bunge mit bestem Erfolge die teilweise Resektion des unteren Humerusendes nach bilateralem Schnitt ausgeführt bei Gelenkversteifungen nach Frakturen bezw. Luxationsfrakturen des Ellenbogens. Röntgenbilder veranschaulichen die ursprünglichen Verletzungen. Das funktionelle Resultat war in allen das denkbar beste, wie Referent seiner Zeit selbst an den Patienten beobachtet hat. Aber auch die Mitteilungen Heintzes über die Naht bei alten Pseudarthrosen nach Fraktur und die über ausgedehnte Thierschsche Transplantationen verdienen größte Beachtung. Sie behandeln ein Stück praktischer Unfallheilkunde, wie es eindringlicher nicht gedacht werden kann. Von den weiteren Beiträgen sind noch recht lesenswert diejenigen von Loewe über Gehirnschlag und Unfall, eine oft so schwierige Frage für den Gutachter, ferner die Mitteilung von Heinrich Sachs: Über zwei Fälle von Segmenterkrankung des Rückenmarks. Der erstere kommt an der Hand von fünf eingehend beschriebenen Beispielen zu dem Schlusse: „Eine Kontusion des Schädels ohne Verletzung des Schädelinhalts kann selbst bei einem Manne, dessen Gefäßsystem brüchig ist, keine Spätblutung erzeugen“ und „Eine vorübergehende kurz dauernde Blutdrucksteigerung ist von untergeordneter Bedeutung, das wesentliche und bleibt die Gefäßveränderung, die Brüchigkeit der Arterie.“ Die tägliche Erfahrung des Lebens lehre, daß auch ohne Blutdrucksteigerung, in der Ruhe beim Sitzen, Liegen, während des Schlafes Gehirnblutungen eintreten.

Auch die Ausführungen von Bogatsch über die Vorteile der Übernahme des Heilverfahrens während der Wartezeit wie die von Freund „Über den Nutzen der frühzeitigen Ohruntersuchung für die Begutachtung von Unfallnervenkrankheiten“ verdienen volle Beachtung. Stolper-Göttingen.

Sobotta. Atlas der Deskriptiven Anatomie des Menschen. I. Abteilung: Knochen, Bänder, Gelenke und Muskeln des menschlichen Körpers. Mit 34 farbigen Tafeln und 257 Abbildungen 20 Mark. Textband hierzu 4 Mark. II. Abteilung: Die Eingeweide des Menschen, einschließlich des Herzens. Mit 19 farbigen Tafeln und 187 Abteilungen 16 Mark. Textband hierzu 3 Mark. München, J. F. Lehmann 1904.

Es gab eine Zeit, und sie liegt noch nicht gar so weit zurück, da waren medizinische Atlanten entweder recht unvollkommen oder unerschwinglich. Jetzt hat die moderne Reproduktionstechnik darin einen großen Wandel geschaffen, und wer in jahrelanger Referenten- und Redakteurtätigkeit schon recht viel Treffliches an Atlanten gesehen hat, der mag glauben, bereits auf dem Standpunkt des „nil admirari“ angekommen zu sein. Und doch gibt es immer wieder Neuerscheinungen auf dem Büchermarkt, die zur ehrlichen Bewunderung auch dem Verwöhnten Anlaß geben. Die neuen Sobottaschen Atlanten dürfen Anspruch auf Einreihung in diese Kategorie erheben.

Dem praktischen Bedürfnis des Studierenden und des Arztes sollen diese Atlanten dienen, darum bringen sie nur das Notwendige, dies aber in vorzüglichen Wiedergaben von strengster Naturtreue — ganz ausnahmsweise ist einmal schematisiert — in bunten Lithographien, seltener in Dreifarbendruck, oder in Autotypien, immer nach photographischen Abbildungen hergestellt. Wo die natürlichen Farben nicht hinreichten, um das Bild lehrreich genug zu gestalten, so beim Schädel, wurden in einem Teil der Abbildungen die einzelnen Teile durch Hilfsfarben voneinander unterschieden dargestellt. Als einige besonders glanzvolle Beispiele künstlerisch schöner und dabei höchst lehrhafter Wiedergaben nennen wir im ersten Bande: Die bunten Schädelbilder auf Bl. 59 ff, die Knochendurchschnitte auf S. 100 und 101 (einige Gelenkbilder haben uns im neuen Heitzmannschen Atlas besser gefallen), und die Bilder von den Faszien der oberen und unteren Gliedmaße; im zweiten Bande die Darstellungen des Bauch- und Brustsitus.

Die Textbände wollen nichts weiter sein, als die erläuternden Führer zu den Atlanten. Sie sind daher in der Darstellung trocken, aber sie erfüllen ihren Zweck. F. L.

A. Lesser. Stereoskopischer gerichtsärztlicher Atlas. III. Abt. Tafel 101—150. Breslau, S. Schottländer 1904.

Dieser Teil des unseren Lesern bereits nachdrücklich empfohlenen Werkes enthält Bilder aus dem Gebiete der Brust-, Bauch- und Geschlechtsorgane, nebst solchen von Plazenten und Föten. Überraschend ist, wieviel Lehrreiches an den Bildern von Bauch- und Brustverletzungen auch der Unfallgutachter hier findet. Der überwiegende Teil der Darstellungen gehört zur gerichtsärztlichen Gynäkologie und Geburtshilfe. Der ganze Band schließt sich seinen Vorgängern würdig an. F. L.

v. Vogl, Dr., A., Generalstabsarzt z. D. Die wehrpflichtige Jugend Bayerns. München, Lehmanns Verlag. 1905. 96 S.

Auch in Bayern hat seit 1880 die ländliche Bevölkerung um 11,8% ab-, die der Städte um 11,1% zugenommen. Von der Gesamtbevölkerung treiben 45,8% Landwirtschaft; von den im militärpflichtigen Alter stehenden jedoch nur 34,3%. Die Mehrzahl der Wehrpflichtigen stellt die Industrie; trotzdem ist die Landbevölkerung der städtischen an Zahl der Ausgehobenen überlegen: 50,9 zu 42,7% Taugliche. Die größere Tauglichkeit der Landbevölkerung trifft aber nicht die eigentlichen Bauern, sondern die auf dem Lande lebenden Gewerbetreibenden. Verf. bezweifelt übrigens den Einfluß der Berufstätigkeit auf die Tauglichkeit. Er ist der Ansicht, daß die berufliche Arbeit in den wenigen Jahren vor dem Eintritt in die Militärpflicht nicht so tief wirken kann, um die Tauglichkeit wesentlich einzuschränken. (? Ref.) Häusliches Elend, besonders Mangelhaftigkeit der Wohnung verschuldet mehr. Das tritt in den Städten natürlich schlimmer in die Erscheinung und erhöht die Bedenken gegen das Anwachsen ihrer Bewohnerzahl. — Das Hauptkontingent der Untauglichen aus den Städten setzt sich aus Schülern, Handelsbeflissenen usw. mit allgemeiner Körperschwäche, Brustleiden, Kurzsichtigkeit zusammen. Auf dem Lande prävalieren die

Folgen von schlecht geheilten Verletzungen, Plattfuß, Kropf; Gehörs- und Gesichtsfehler nach vernachlässigten Kinderkrankheiten wie Scharlach und Masern.*) — Das Bestreben muß darauf gerichtet sein, die Inferiorität zu bessern durch weitere Vervollkommnung der Städtehygiene, durch bessere ärztliche Fürsorge auf dem Lande. Eine bloße Dehnung des Begriffes der Tauglichkeit — wie man das in Frankreich aus Not am Nachwuchs getan hat — nützt nichts, sondern straft sich durch erhöhte Sterblichkeit und Invalidität der Eingestellten. — Verf. erörtert weiterhin ausführlich den Einfluß der Bevölkerungsbewegung auf die Wehrkraft. Die schwerste Gefahr sieht er erstens in der Kindersterblichkeit. 1901 fiel mehr als die Hälfte aller Todesfälle in Bayern auf das 1.—20. Lebensjahr. Davon 41,3% auf das erste Lebensjahr; darunter viermal mehr Knaben als Mädchen. Zweitens in der Tuberkulose. Sie erreichte in Bayern 1901 2,8‰ der Bevölkerung (in Preußen 2,0‰) und 12,5% der Todesfälle. Hierin stehen die Städte obenan, speziell in der Form der Drüsentuberkulose bei Schulkindern. Die Kindersterblichkeit hängt mit der Säuglingsernährung, die Tuberkulose mit der Familienbelastung eng zusammen. Was die Kindersterblichkeit erhöht, beeinflußt auch die Gesundheit der Überlebenden ungünstig. So kommt es, daß Tauglichkeit und Kindersterblichkeit umgekehrt proportional sind. —

Es ist nicht möglich, im Rahmen eines Referates der Menge der statistischen Daten und den daran geknüpften Ausführungen des Verfassers weiter nachzugehen, nachdem die wichtigsten Punkte angedeutet sind. Verf. tritt mit warmer Überzeugung für besseren Kinderschutz, für Jugendspiele, Turnen, Märsche mit Spielen usw. ein, in jeder Schule soll täglich den Leibesübungen mindestens eine Stunde gewidmet sein.**) Vom Radfahren hält er nicht viel. Es entwöhnt die Jugend des Gehens und kann auf das Herz nachhaltig schädigend einwirken, da sich Übertreibung der Kontrolle entzieht. Die klare Aufgabe ist, den Entwicklungsstand der Jugend den Ansprüchen anzupassen, die die allgemeine Wehrpflicht stellt. Das kann nur geschehen durch Ausgestaltung einer zielbewußten, körperlichen Erziehung auf turnerischer Grundlage.

Das Buch ist für den Nationalökonomen wie für den Arzt gleich belehrend, besonders für den Schularzt und den ärztlichen Berater der Familie. (Vgl. übrigens die Verhandlungen des Preußischen Abgeordnetenhauses vom 6. April 1905 über den Antrag Douglas auf Gründung eines Amtes für Volkswohlfahrt.)

Ktg.

*) Die vielen Untauglichen durch chronische Mittelohrleiden nach vernachlässigtem Scharlach und Masern stellen auch in den östlichen Teilen Preußens einen gewaltigen Ausfall an Wehrkraft dar. Ref.

**) Ist in Japan in allen Schulen voll durchgeführt. Dies in Verbindung mit den von der Regierung überall begünstigten Turn-, Ring- und Schießvereinen erklärt die Überlegenheit des einzelnen Japaners über den größeren, ungewandten Russen. Ref.

Tagesgeschichte.

Berufskrankheiten und Haftpflichtversicherung.

Daß eine Verwischung der Grenzen zwischen Unfall und Gewerbekrankheit in unserem Versicherungsrecht garnicht durchführbar ist, führten wir kürzlich an dieser Stelle an. Von der gleichen Überzeugung ausgehend, untersucht in der Einführungsnummer der „Deutschen Versichertenzeitung" der Rechtsanwalt Dr. Fuld, ob den von Betriebskrankheiten Betroffenen nicht die Haftpflicht des Unternehmers auf Grund des § 618 des Bügerlichen Gesetzbuchs oder des § 120a der Gewerbeordnung zugute kommen könnte. Er verneint dies aber alsbald für die nach seiner Bezeichnung „eigentlichen" Betriebskrankheiten d. h. für diejenigen, welche regelmäßig mit der Beschäftigung in bestimmten Betrieben verbunden sind. Dagegen die uneigentlichen Betriebskrankheiten — in praxi von der andern Gruppe oft schwer zu scheiden —, bei denen fehlerhafte oder vermeidbare Betriebseinrichtungen zur Erkrankung führen, sind nach deutschem Recht der Haftpflicht unterworfen. Der Unternehmer kann sich, sobald einmal die Möglichkeit existiert, eine Erkrankung im Betriebe durch bestimmte Einrichtungen zu verhindern, im Fall der Haftpflichtsklage nicht darauf berufen, daß die betr. Neuerung noch nicht allgemein angewandt werde.

Bemerkenswert ist, daß nach Schweizerischem Recht der Unternehmer auch für „eigentliche" Betriebskrankheiten in bestimmten Fällen haftpflichtig ist, indem nämlich in denjenigen Industriezweigen, die von dem Bundesrat als solche bezeichnet werden, die schwere Krankheiten hervorrufen, der Unternehmer die Verantwortung für einen seinen Arbeitern oder Gehülfen durch eine solche Krankheit erwachsenen Schaden trägt, sofern festgestellt ist, daß dieselbe lediglich durch die Beschäftigung in dem betreffenden Betriebe verursacht wurde. Fuld weist des weiteren nach, daß in der Regel die Haftpflicht des Arbeitgebers für Erkrankungen durch fehlerhafte Betriebseinrichtungen nicht aufgehoben werde durch widerspruchloses Verbleiben des Angestellten im Dienstverhältnis, auch nicht durch die Einrede, der Arbeitgeber habe die Schädigung nicht voraussehen können, oder die Gewerbepolizei habe seinen Betrieb nicht beanstandet.

So haben also nach dieser Darlegung von juristischer Seite die gewerblich Erkrankten wenigstens dann einen Anspruch auf Rente oder Entschädigung — abgesehen von der Invalidenrente —, wenn sie durch mangelhafte Betriebseinrichtungen zu Schaden gekommen sind. Leider aber stellt sich, ärztlich betrachtet, dies Recht als sehr schwer im Einzelfalle durchsetzbar heraus. Denn die Fälle, in denen wir Ärzte vor Gericht mit Sicherheit eine Krankheit auf die allmähliche Wirkung einer ungeeigneten Betriebseinrichtung zurückführen können, werden äußerst spärlich sein. Wer will denn sagen, ob der bleikranke Setzer durch ungenügende Staubabsaugung oder durch schlechte Reinigung seiner Hände, ob die blutarme und nervöse Plätterin durch chronische Kohlenoxydvergiftung, infolge schlechter Ventilation der Plättstube, krank geworden ist?

Ob es wirklich, wie Fuld fürchtet, der Deutschen Industrie unmöglich sein wird, noch stärkere Versicherungslasten für kranke Arbeiter zu tragen, wie bisher? Wir Ärzte werden das entscheidende Wort dazu nicht sprechen können, aber daß vom ärztlichen Gesichtspunkte aus eine gleichmäßigere Rentengewährung an Kranke verschiedener Ätiologie wünschenswert wäre, darauf müssen wir hinweisen. F. L.

Die wachsende Zahl der Betriebsunfälle.

An der Hand statistischer Tabellen beschäftigt sich in der „Arbeiterversorgung" Dr. Saucke mit der Ermittlung der Ursachen für das stetige Zunehmen der Zahl der Betriebsunfälle in der deutschen Landwirtschaft und Industrie.

Die Zunahme der Zahl versicherter Personen erklärt, wie er ausführt, nicht hinreichend diejenige der Unfälle. Hat doch in der Industrie die Zahl der Versicherten sich von 1889 zu 1903 nur um 57%, die der Unfälle um 171% vermehrt, während in der Landwirtschaft bei sicherlich geringerem Anwachsen der Arbeitermenge als in den gewerblichen Betrieben gleichwohl die Unfallsziffer um etwa 395% gestiegen ist!

Die Notwendigkeit, neue, ungeschulte Kräfte heranzuziehen, ist vielleicht geeignet, die absolute Unfallziffer und gewisse Schwankungen, nicht aber das beständige Anwachsen zu erklären.

Sicher falsch ist die Deutung, daß das Vordringen der Maschinen zu ungunsten des Handwerks die Unfälle vermehre,

denn wenn man die Unfälle nach der Entstehungsart gruppiert — Maschinenverletzungen, Explosionen, Einsturz von Gerüsten, Fall von Leitern, Heben und Tragen, Überfahrenwerden, Schiffahrt, Verletzungen durch Tiere, Handwerkszeug usw. —, so gewahrt man, daß keine dieser Gruppen ein sehr viel stärkeres Anwachsen zeigt als die übrigen, ja, daß vielmehr die Maschinenverletzungen immer mehr zurückgehen, und daß die Verletzungen durch einfaches Handwerkszeug sich noch am schnellsten vermehren.

Verworfen wird auch die Annahme, als erzeuge eine immer mildere Auslegung des Begriffes Betriebsunfall künstlich eine scheinbare Vermehrung der Unfälle. Tatsächlich legt das Reichsversicherungsamt jenen Begriff seit 1890 in ganz fester, gleichmäßiger Weise fest. Im einzelnen ist es z. B. bei den Unterleibsbrüchen eher strenger in seinen Forderungen geworden.

Die wahre Ursache der wachsenden Unfallziffer hat, so nimmt Saucke an, Dr. Ernst Lange richtig erkannt, wenn er folgende (wörtlich wiederzugebende) Sätze schreibt:

„In Wirklichkeit liegt dem Erstaunen über das Anwachsen der Unfallzahl eigentlich nur eine Verwechslung zugrunde oder mit anderen Worten eine falsche Beurteilung der hier betrachteten Zahlen.

Man verwechselt die von den Berufsgenossenschaften entschädigten Personen mit den tatsächlich zur Entschädigung berechtigt gewesenen Personen. Man setzt damit also voraus, daß 1. die Berufsgenossenschaften von sämtlichen Unfällen Kenntnis erhalten haben, und 2. daß sich die Versicherten von Anfang an klar darüber waren, unter welchen Verhältnissen sie Entschädigungen beanspruchen konnten, d. h. was sich alles dazu eignete, als Folge eines Betriebsunfalles und Grund eines Entschädigungsanspruchs angesehen zu werden. Beide Voraussetzungen sind durchaus falsch. In den ersten Jahren ist den Berufsgenossenschaften tatsächlich nur ein Teil der Unfälle bekannt geworden — und zwar besonders die schwereren, was zur Folge hat, daß sich scheinbar hauptsächlich die leichteren Unfälle in den späteren Jahren vermehrt haben. Und der Begriff von dem, was als Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit infolge eines Unfalles aufzufassen ist, hat sich im Bewußtsein der Versicherten von Jahr zu Jahr erweitert. Die Kenntnis der Gesetzgebung und das durchaus natürliche und gerechtfertigte Bestreben der Versicherten, die Situation zur Erlangung von Entschädigungen, namentlich von Renten, nach Möglichkeit auszunutzen, hat die Zahl der Ansprüche im Laufe der Jahre so vermehrt, daß sich die aus unseren Tabellen ersichtliche Entwicklung ergeben hat. Alles, was sonst noch in demselben Sinne gewirkt hat, spielt dabei eine ganz untergeordnete Rolle. So erklärt sich denn auch ungezwungen das viel stärkere Anschwellen der Unfallzahlen in der Landwirtschaft als in der Industrie; ein Vergleich des Durchschnittsindustriearbeiters mit dem Durchschnittslandarbeiter lehrt ohne weiters, daß es viel länger dauern mußte, bis die ländliche Arbeiterbevölkerung lernte, die neue, durch die Unfallversicherung geschaffene Lage zu verstehen und auszunutzen. Der Höhepunkt dieser Entwicklung ist übrigens offenbar noch keineswegs erreicht, namentlich noch lange nicht in der Landwirtschaft. Daß zugleich mit dem berechtigten Bestreben, sich die Vorteile der Unfallversicherung nicht entgehen zu lassen, auch die Neigung zu mehr oder weniger bewußter Übertreibung und Täuschung zugenommen hat und noch weiter zunehmen wird, liegt in der Natur der Dinge. In ihrer Gesamtheit erweckt diese Erscheinung den Eindruck einer zunehmenden Verweichlichung der arbeitenden Klassen in Deutschland. Sehr natürlich! Da es heute für jeden Arbeiter bei seiner unsicheren wirtschaftlichen Lage, bei der drohenden Gefahr gelegentlicher Arbeitslosigkeit von dem größten Wert ist, in Gestalt einer festen, wenn auch kleinen Rente eine sichere Einnahme zu haben, so setzt eben das Gemüt seine Macht nicht mehr ein, ‚durch den bloßen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu sein‘ (Kant), soweit es sich um wirkliche oder vermeintliche Folgen von Verletzungen handelt.“

Handel mit Menschenskeletten.

Der österreichische Unterrichtsminister hat eine Verfügung über den Handel mit Menschenskeletten und anderen anatomischen Präparaten ergehen lassen. Es handelt sich dabei um Präparate, die zu Unterrichts- und Forschungszwecken dienen, und für welche Wien von jeher einer der wichtigsten Bezugsorte ist. Die Verfügung, die deswegen für die Fachkreise Interesse hat, zielt darauf hin, mißbräuchlichem Handel mit Skeletten zu steuern. Der Erlaß besagt: 1. Knochen- und anderweitige anatomische, aus Menschenleichen hergestellte Präparate dürfen nur von den Vorständen öffentlicher Institute zu Lehr- und Lernzwecken und behufs wissenschaftlicher Forschung an andere Personen und Anstalten abgegeben werden, wie an Mediziner, Ärzte, Naturforscher, Künstler, an klinische Institute, an Schulen, an Akademien für Maler und Bildhauer, sowie für den humanitären Zwecken dienenden Unterricht über „erste Hilfe“ bei Unfällen. Diese Abgabe von Präparaten kann unter Anwendung entsprechender Vorsicht auch durch Vermittlung vertrauenswürdiger, mit staatlichen Unterrichtsanstalten in Verbindung stehenden Lehrmittelfirmen erfolgen. 2. Die Abgabe von solchen Präparaten an das Ausland ist nur dann zulässig, wenn sie im Interesse wissenschaftlicher Forschung geschieht, oder wenn es sich unter Wahrung der Reziprozität um die auf dem Tauschwege zu erreichende gegenseitige Komplettierung wissenschaftlicher Sammlungen handelt. 3. Den Dienern von Instituten ist es untersagt, derartige Präparate abzugeben oder zu verkaufen; doch kann der Institutsvorstand bei der Abgabe von Präparaten an auswärtige Interessenten ausbedingen, daß ein angemessener Betrag gezahlt werde, welcher zur Entlohnung der Diener für die bei der Herstellung der Präparate geleistete dienstliche Mehrarbeit zu verwenden ist. (Voss. Zeitung.)

Die „grüne Gefahr“.

In Belgien hat man die Bereitung, den Verkauf und den Transport von Absinth verboten. Diese Kriegserklärung gegen die „grüne Gefahr“ im Nachbarlande veranlaßt Maurice Talmeyr, im „Gaulois“ darauf aufmerksam zu machen, welche furchtbare Bedeutung diese auch für Frankreich hat. Vor 50 Jahren trank man in Frankreich jährlich 735 hl Absinth, heute trinkt man 133000! Unter dem zweiten Kaiserreich hatte der Verbrauch von Absinth in 20 Jahren nicht 2000 hl überschritten; 1880, 10 Jahre später, ist man schon bis nahezu 13000 gelangt, nach 5 Jahren zu 58000, nach wieder 5 Jahren zu 112000. Auch heute steigt der Konsum noch immer. Vor einem halben Jahrhundert trank man in Frankreich nur 600000 hl Alkohol in allen Formen, gegenwärtig sind es 2 Millionen. Damit ist die Zahl der Irren zu vergleichen, die in denselben Verhältnissen gewachsen ist. Vor 60 Jahren zählte Frankreich 10000 Irre, heute sind es nahezu an 80000. Dasselbe Ergebnis hat eine Prüfung der Verbrecherstatistik. Die Zahl der Verbrecher hat sich außerordentlich vermehrt, während die Bevölkerung Frankreichs doch keine erhebliche Zunahme erfahren hat.

(Korr. Württ. Ärzte.)

Invalidenrenten.

Nach der im Reichs-Versicherungsamt angefertigten Zusammenstellung, welche auf den Mitteilungen der Vorstände der Versicherungsanstalten und der zugelassenen Kasseneinrichtungen beruht, betrug die Zahl der seit dem 1. Januar 1891 bis einschließlich 31. März 1905 von den 31 Versicherungsanstalten

und den 9 vorhandenen Kasseneinrichtungen bewilligten Invalidenrenten 1 202 548

Davon sind infolge Todes oder Auswanderung des Berechtigten, Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, Bezuges von Unfallrenten oder aus anderen Gründen weggefallen 454 120,

so daß am 1. April 1905 liefen 748 428

gegen . . 734 975

am 1. Januar 1905.

Die Zahl der während desselben Zeitraumes bewilligten Altersrenten betrug . . . . 430 187.

Davon sind infolge Todes oder Auswanderung des Berechtigten oder aus anderen Gründen weggefallen 287 974,

so daß am 1. April liefen 142 213

gegen . . 145 466

am 1. Januar 1905.

Invalidenrenten gemäß § 16 des Invalidenversicherungsgesetzes (Krankenrenten) wurden seit dem 1. Januar 1900 bewilligt 45 530

Davon sind infolge Todes, Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit oder aus anderen Gründen weggefallen 27 644,

so daß am 1. April liefen 17 886

gegen . . 16 977

am 1. Januar 1905.

Beitragserstattungen sind bis zum 31. März 1905 bewilligt:

a) an weibliche Versicherte, die in die Ehe getreten sind 1 240 069

gegen 1 204 989

b) an versicherte Personen, die durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähig im Sinne des Invalidenversicherungsgesetzes geworden sind 2 970

gegen 2 796

c) an die Hinterbliebenen von Versicherten 270 427

gegen 261 433

zusammen 1 513 475

gegen 1 469 218

bis zum 31. Dezember 1904.

Kongreßnachrichten.

Die 77. Versammlung der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte tagt in Meran vom 24.—30. September dieses Jahres.

Die Allgemeinen Sitzungen sollen am 25. und 29. September abgehalten werden; für den 28. September vormittags ist eine Gesamtsitzung der beiden wissenschaftlichen Hauptgruppen geplant. In derselben wird Professor Langley (Cambridge) über die neueren Erfahrungen in der Nervenlehre, Professor Correns (Leipzig) und Professor Dr. Heider (Innsbruck) über Vererbungsgesetze sprechen; für den 28. September nachmittags sind für jede der beiden Hauptgruppen gemeinsame Sitzungen vorgesehen. Die Themata sind noch nicht fest bestimmt.

Geschäftsführer sind der Kurvorsteher Dr. Huber und der Innsbrucker Professor der Botanik Dr. Heinricher, für die Abteilung gerichtliche Medizin nimmt der K. K. Bezirksarzt Dr. Neuhauser-Meran Vortragsanmeldungen entgegen. Es wird gebeten, Demonstrationsvorträge bis zum 15. Mai anzumelden.

Der 10. Internationale Kongreß gegen den Alkoholismus wird vom 11.—16. September in Budapest abgehalten. Anmeldungen dazu sind an Dr. Philip Stein, Budapest IV. Központi városháza, zu richten.

Das einladende Komité betont, daß der Kongreß nicht im Dienste einer einzelnen Richtung stehe. Provisorisch ist folgendes Programm festgestellt:

I. Festvortrag. Gruber-München: „Hygiene des Ich." II. Diskussions-Themata. 1. Der Einfluß des Alkohols auf die Widerstandsfähigkeit des menschlichen und tierischen Organismus mit besonderer Berücksichtigung der Vererbung. (Referent: Laitinen-Helsingfors.) 2. Ist Alkohol ein Nahrungsmittel? (Referent: Kassowitz-Wien: „Kann ein Gift die Stelle einer Nahrung vertreten?" Zweiter Referent: unbestimmt.) 3. Die kulturellen Bestrebungen der Arbeiter und der Alkohol. (Referent: Wandervelde-La Hulpe, Kiß-Budapest.) 4. Alkohol und Geschlechtsleben. (Referent: Forel-Chigny prés Morges.) 5. Alkohol und Strafgesetz. (Referenten: Lombroso-Turin: „Die soziale Prophylaxe des Alkoholismus", Bleuler-Zürich: „Die Behandlung der Alkoholverbrechen", Vámbéry-Budapest: „Der Alkohol als sozialer Faktor der Kriminalität".) 6. Der verderbliche Einfluß des Spirituosenhandels auf die Eingeborenen in Afrika. (Referent: Müller-Groppendorf.) 7. Die Unterstützung des Kampfes gegen den Alkohol durch die Erziehung in Haus und Schule. (Referenten: The Honble Mrs Eliot Yorke-London, Hähnel-Bremen, Eötvös-Szolnok, Fischer-Pozsony, Kirschanek-Szt.-István.) 8. Alkohol und physische Leistungsfähigkeit, mit besonderer Berücksichtigung des militärischen Trainings. (Referent: unbestimmt.) 9. Die hygienische Bedeutung des Kunstweines gegenüber dem Alkoholgenuß überhaupt. (Referent: Liebermann-Budapest) 10. Die industrielle Verwertung des Alkohols als Kampfesmittel gegen den Alkohol. (Referenten: Frau Daszynska-Golinska-Krakau: „Die national-ökonomische Bedeutung der industriellen Spiritusverwendung", Klemp-Budapest, Baron Malcomes-Budapest.) 11. Die Reform des Schankwesens. (Referenten: Eggers-Bremen: „Alkoholkapital und Gegenkapital", Helenius-Helsingfors: „Die Beziehung der Alkoholgesetzgebung zur Reform des Schankwesens", Legrain-Paris: „Gasthausreform und Gasthaussittenreform", Malins-Birmingham: „Die Bewegung der Gasthausreform".) 12. Die Organisation der Antialkoholbewegung. (Referenten: Wlassak-Wien, Máday-Budapest, Stein-Budapest)

Die diesjährige Tagung des Vereins der deutschen Strafanstaltsbeamten in Dresden vom 13.—16. Juni 1905 wird als Verhandlungsgegenstand u. a. zwei für die ärztlichen Sachverständigen und Hygieniker wichtige Fragen umfassen.

1. Empfiehlt es sich, pthisische Gefangene (Schwindsüchtige)
   a) in geeigneten Fällen zu beurlauben, gegebenenfalls in welchen?
   b) in eigenen Anstalten zu verwahren?

Gutachten: Geh. Sanitätsrat Dr. Baer in Plötzensee. Band 37 S. 495.

Referent: Derselbe.

2. A. Wie ist die Gesundenkost für Gefangene nach den bisher gemachten Erfahrungen einzurichten, bzw. in welchem Verhältnis sind verdauliches Eiweiß, Fett. Kohlehydrate zur Erhaltung ihrer Gesundheit und Arbeitskraft mit den Nahrungsmitteln zu reichen, dabei aber über das unumgänglich Notwendige nicht hinauszugehen?
   B. Ist das Mittagsgericht in Suppe und feste Speisen zu trennen?
   C. Läßt sich eine Verminderung der Kostreichung an Zuchthausgefangene im Verhältnis zu Gefangenen anderer Art rechtfertigen?
   D. Welche Erfahrungen sind mit der Verwendung von Margarine gemacht worden?

Gutachten: Dr. König in Münster i. W. Band 39 Heft 1/2.
Dr. Kullmann in Butzbach Band 37 S. 517.
Oberjustizrat Schwandner in Hall Bd. 37 S. 253.

Referent: Dr. Kullmann in Butzbach.
Dr. med. Pollitz in Münster i. W.
Oberjustizrat Schwandner in Hall.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 11. Ausgegeben am 1. Juni.

Inhalt:

Trauma und chirurgische Tuberkulose.*)

Von

Prof. Ledderhose.

Ohne Zweifel hat die ärztliche Sachverständigentätigkeit in Unfallsachen wichtige wissenschaftliche Fortschritte gezeitigt; es wird sich aber andererseits auch nicht leugnen lassen, daß sie in manche wissenschaftliche Probleme eine gewisse Unklarheit und Verwirrung hineingebracht hat. In erster Linie ist dabei an die Frage der traumatischen Entstehung der Knochen- und Gelenktuberkulose zu denken. Bekanntlich bestimmt die Unfallgesetzgebung, daß der Versicherte auch Anspruch auf Rentenentschädigung hat, wenn bei der Entstehung eines Krankheitszustandes ein Unfall nur eines von mehreren ursächlichen Momenten war; er braucht nicht einmal das ausschlaggebende Moment gewesen zu sein. Dadurch ist es gekommen, daß unter der großen Zahl von Personen, welche wegen chirurgischer Tuberkulose Renten beziehen, sich viele befinden, bei denen vom wissenschaftlichen Standpunkte die traumatische Entstehung der Erkrankung sehr fraglich und selbst mehr als fraglich erscheinen muß. Als weitere Folge ergibt sich, daß zahlreiche Laien, aber auch manche Ärzte mehr und mehr zu der Auffassung hinneigen, als kämen bei der Entstehung der Knochen- und Gelenktuberkulose nicht nur häufig, sondern regelmäßig Unfälle, also traumatische Ursachen, in Betracht.

Da mir in den letzten Monaten in Unfallberufungsakten eine ganze Reihe von ärztlichen Gutachten begegnet ist, in denen nach meinem Dafürhalten in viel zu bestimmter Weise die traumatische Entstehung von Gelenktuberkulosen angenommen wird, schien es mir angezeigt, einmal in Kürze zusammenzustellen, was die wissenschaftliche Forschung und klinische Beobachtung zur Beantwortung dieser Frage bisher geliefert haben.

Wie können wir uns ganz allgemein, zunächst ohne Berücksichtigung traumatischer Einflüsse, die Entstehung einer Knochen- oder Gelenktuberkulose vorstellen? 1. Die Erkrankung kann als Teilerscheinung einer generalisierten, akuten, miliaren Tuberkulose auftreten; ein Fall, der für die Unfallpraxis ohne Bedeutung ist. 2. Es läßt sich denken, daß bei einem gesunden, von Tuberkulose freien Individuum eine einmalige Invasion von Tuberkelbazillen stattfindet, die auf dem Wege der Blutbahn, vielleicht ausnahmsweise auch einmal auf dem Lymphwege, einen Knochen oder ein Gelenk beteiligt, ohne etwa weitere Krankheitsherde hervorzurufen. 3. Die lokale Tuberkulose wird metastatisch von einem bereits im Körper vorhandenen, älteren, tuberkulösen Depot aus inszeniert, z. B. von einer erkrankten Lymphdrüse oder von der Lunge aus. In dieser Richtung liegt eine besonders wichtige Untersuchung vor, die Orth auf Anregung von König ausgeführt hat. Bei 67 Sektionen von

*) Nach einem am 25. Februar 1905 im Unterelsässischen Ärzteverein zu Straßburg gehaltenen Vortrag.

Kranken, die an Knochen- und Gelenktuberkulose gelitten hatten, wurde sorgfältig auf tuberkulöse Herde in inneren Organen gefahndet; nur 14mal, also nur in 21% der Fälle, fanden sich keine derartigen Herde, die man als Ausgangspunkt der Knochen- und Gelenktuberkulosen hätte ansprechen können. Diese Zahlen sowie anderweitige klinische und pathologisch-anatomische Erfahrungen dürften zu der Annahme berechtigen, daß die Mehrzahl der Skelettuberkulosen metastatischen Ursprungs in dem obigen Sinne ist.

Wenn wir weiter die Frage aufwerfen, wie wir uns den Einfluß eines Traumas auf die Entstehung einer solchen Tuberkulose vorstellen können, so kommt da zweierlei in Betracht. Einmal kann durch eine Kontusion oder Distorsion am Periost, im Knochen oder in der Gelenkkapsel ein Blutextravasat oder eine Ernährungsstörung der Gewebe hervorgerufen werden, welche die Ansiedelung von Tuberkelbazillen begünstigen. Für diesen Fall ist man im allgemeinen weniger geneigt, anzunehmen, daß etwa zufällig im Blut kreisende Bazillen bei Gelegenheit des Traumas an der lädierten Stelle zurückgehalten werden, sondern man bevorzugt die Auffassung, daß, während die unmittelbaren Folgen der Verletzung noch fortbestehen, an einem beliebigen Termin aus älteren tuberkulösen Herden, z. B. in den Lungen, Partikel losgerissen und auf dem Blutwege nach der Verletzungsstelle hintransportiert werden, wo sie dann festen Fuß fassen. Zweitens könnte durch ein Trauma der genannten Art ein bereits vorhandener, tuberkulöser Knochen- oder Gelenkherd manifest gemacht werden, indem etwa eine Sprengung der ihn gegen das Gesunde abschließenden Gewebe erfolgt.

Um die soeben aufgezählten, theoretischen Möglichkeiten auf ihre praktische Bedeutung zu prüfen, stehen uns die Tierexperimente sowie die klinische Beobachtung und Erfahrung zur Verfügung. Zahlreiche experimentelle Untersuchungen sind ausgeführt worden, bei denen man hochvirulente oder abgeschwächte Reinkulturen von Tuberkelbazillen im wesentlichen subcutan, intravenös oder auch in das Herz injizierte und den Tieren zu verschiedenen Zeiten Kontusionen oder Distorsionen beibrachte. Das Gesamtergebnis läßt sich dahin zusammenfassen, daß es bisher nicht gelungen ist, im Experiment diejenigen Bedingungen nachzuahmen, welche beim Menschen ursächliche Beziehungen zwischen Trauma und Gelenktuberkulose begründen können. Die Resultate der Krauseschen Versuche, bei denen an Kaninchen fast die Hälfte der verletzten Gelenke nach Infektion mit Tuberkelbazillen erkrankte, werden in neuerer Zeit nicht mehr als vollwertig angesehen, da die Tiere sämtlich 3—7 Wochen nach der Infektion an Tuberkulose innerer Organe bzw. an allgemeiner Tuberkulose zugrunde gingen. Dieser Verlauf würde die Übertragung der Versuchsergebnisse auf menschliche Verhältnisse nur sehr bedingt zulassen. Lannelongue und Achard sowie Friedrich erhielten bei ihren Experimenten vollkommen negative Resultate, und in den Versuchen von Honsell zeigten diejenigen Gelenke, welche mechanischen Insulten ausgesetzt waren, sogar eine geringere Tendenz zur Erkrankung, als die entsprechenden, nicht lädierten. Honsell sagt, seine Versuchsergebnisse sprächen dafür, daß das Trauma keinen Einfluß auf die Lokalisation der Gelenktuberkulose besitzt. Er nimmt mit Friedrich an, daß tatsächlich insofern oft ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose besteht, als durch das Trauma die Tuberkulose aus einem klinisch latenten in einen manifesten Zustand übergeführt wird.

Gegen diese Auffassung lassen sich mancherlei Bedenken geltend machen. Man kann fragen, werden etwa solche latente tuberkulöse Herde häufiger zufällig bei Sektionen gefunden? Bestehen etwa bei den einzelnen Gelenken Beziehungen hinsichtlich der Häufigkeit der tuberkulösen Erkrankung einerseits und der Häufigkeit der traumatischen Verletzungen andererseits? Kann eine Kontusion oder Distorsion nicht auch Bedingungen schaffen, die einen eingekapselten, tuberkulösen Herd zur Ausheilung gelangen lassen, statt seine weitere Verbreitung anzuregen? — Es fehlen Erfahrungen und Tatsachen, welche zur Beantwortung dieser Fragen verwertet werden könnten. Andererseits ist die Zahl von Knochen- und Gelenktuberkulosen, bei denen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die traumatische Entstehung angenommen werden kann, eine relativ so geringe, daß es dem Einzelnen nicht möglich ist, auf Grund seines Beobachtungsmaterials obige und verwandte Fragen zu entscheiden.

Ranvier hat bei infolge von Lungenphthise zugrunde gegangenen Individuen Tuberkel am Sternum, an den Wirbelkörpern und an den Rippen nachgewiesen. Bei längerem Bestand kann es nicht nur zur Konfluenz benachbarter Knötchen, sondern auch zu entzündlichen Veränderungen des umgebenden Marks mit Rarefizierung oder Sequestrierung der eingeschlossenen Knochenbälkchen kommen. Da es sich bei diesen Beobachtungen, wie es scheint, um chronische, miliare Tuberkulose gehandelt hat, sind sie nicht ohne weiteres vergleichbar den Bedingungen, unter denen wir lokale Tuberkulosen der Gelenke oder Knochen beim Menschen entstehen sehen; trotzdem sind sie geeignet, die Frage der traumatischen Tuberkulose unserem Verständnis näher zu bringen.

Übrigens braucht, wie ich an dieser Stelle hervorheben möchte, bei einem kausalen Verhältnis zwischen Trauma und Tuberkulose nicht immer das Trauma die Rolle der Ursache zu spielen, sondern sehr wohl kann auch umgekehrt die traumatische Verletzung durch die tuberkulöse Erkrankung verursacht werden. Es ist allseitig bekannt, wie leicht man sich Quetschungen und Verstauchungen an einem bereits verletzten Körperteil zuzieht, wie leicht ein Knie- oder Fußgelenk, das bereits eine Distorsion oder sonstige Verletzung durchgemacht hat, von Neuem verletzt wird. Außer geringen Bewegungsbeschränkungen, die eine gewisse Unsicherheit bedingen, kommt dabei besonders die Atrophie der Muskulatur in Betracht. Wir wissen aber, wie auffallend frühzeitig oft gerade bei beginnenden Gelenktuberkulosen Muskelatrophien auftreten. Es ist deshalb sehr wohl möglich, daß geringe Bewegungsbeschränkungen oder eine durch Muskelatrophie bedingte Schwäche und Unsicherheit, wie sie in den ersten Stadien der Gelenktuberkulose entstehen, dem Patienten selbst aber noch gar nicht zum Bewußtsein gekommen zu sein brauchen, ein Umknicken des Fußes, eine Zerrung des Kniegelenks, eine Verstauchung des Handgelenks usw. verursachen, welche die Aufmerksamkeit des Patienten zum ersten Male auf sein Leiden lenken, entweder ohne dasselbe irgendwie zu beeinflussen, oder indem sie es aus einem latenten zu einem offenkundigen gestalten.

Wenn wir jetzt der Frage näher treten, was uns die klinische Erfahrung über die Häufigkeit der traumatischen Tuberkulose lehrt, so ist zunächst zu betonen, daß wissenschaftlich vollkommen sicher beweisende, bezügliche Beobachtungen überhaupt wohl ausgeschlossen sind. Denn, sollte es auch einmal der Zufall wollen, dass ein Gelenk, bevor es ein Trauma erlitt und daran anschließend tuberkulös erkrankte, auf das Genaueste ärztlich untersucht und gesund befunden worden war, so wird man doch den Einwand niemals ganz entkräften können, daß zur Zeit dieser Untersuchung bereits ein latenter, tuberkulöser Herd im Bereich des betr. Gelenks bestand. Die Erfahrung lehrt im allgemeinen, daß in den chirurgischen Tuberkulosefällen von mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmender, traumatischer Ätiologie es sich um geringgradige Verletzungen, wie Quetschungen und Verstauchungen, handelt, daß dagegen im Anschluß an Luxationen und Frakturen fast niemals tuberkulöse Prozesse sich ausbilden. Man hat dies mit der Annahme zu

erklären versucht, daß bei schwereren Verletzungen die Gewebsreaktion eine zu energische ist, um die Ansiedelung der Tuberkelbazillen zu gestatten.

Für ein Urteil über die Häufigkeit der traumatischen Ätiologie bei den Knochen- und Gelenktuberkulosen sind wir auf die anamnestischen Angaben der Patienten selbst und ihrer Angehörigen angewiesen. Wir dürfen wohl erwarten, auf diese Weise zu einem annähernd richtigen Bild zu gelangen. Denn, wenn auch die Laien bekanntlich nur zu geneigt sind, für äußere Erkrankungen Unfälle verantwortlich zu machen, so kommt demgegenüber doch wohl auch in Betracht, daß manche an und für sich geringe, aber ätiologisch bedeutungsvolle Verletzungen unbeachtet bleiben oder in Vergessenheit geraten. Interessant ist übrigens die Angabe Honsells, daß in den vor Einführung der Unfallgesetze beobachteten Fällen ungefähr ebenso häufig Trauma als Ursache angegeben wurde, wie in der späteren Zeit.

Von den statistischen Zusammenstellungen verdient in erster Linie die Königsche über 720 selbst beobachtete Fälle von Kniegelenkstuberkulose hervorgehoben zu werden: in 20% dieser Fälle wurde von den Patienten ein Trauma als Ursache der Erkrankung angegeben. Aus anderen Statistiken, von denen einige gegen 1000 und auch über 1000 Fälle umfassen, ergibt sich für sonstige Lokalisationen der Tuberkulose die traumatische Entstehung in 28,7, 14, 13, 7% auf Grund der anamnestischen Erhebungen. Bezüglich der Wirbelsäule bringen die amerikanischen Chirurgen wesentlich höhere Zahlen: 50 und mehr Prozent der Fälle sollen traumatisch bedingt sein, während die deutschen Zusammenstellungen nur 15 und weniger Prozente aufweisen.

Im ganzen darf man wohl nach dem vorliegenden Material annehmen, daß nur in einem Fünftel bis Viertel der Fälle von tuberkulöser Erkrankung der Knochen und Gelenke Traumen als Gelegenheitsursachen beschuldigt werden können. Pietrzikowski, dem wir eine sehr interessante Abhandlung „über die Beziehungen von Unfall und Tuberkulose, mit besonderer Berücksichtigung der Gelenk- und Knochentuberkulose“ verdanken, nimmt an, daß die ersten für Tuberkulose sprechenden Symptome bei traumatisch entstandenen Gelenkerkrankungen nicht vor 4—6 Wochen nach dem Trauma erkennbar sind, daß aber andererseits tuberkulöse Erscheinungen, die später als 1 Jahr nach dem Trauma sich zuerst zeigen, nicht mehr als traumatisch bedingt angesprochen werden dürfen.

Aus den vorhergehenden Betrachtungen dürfte sich mit Notwendigkeit der Schluß ergeben, daß wir nur berechtigt sind, mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit die Annahme einer traumatischen Entstehung der Tuberkulose zu machen. Nachstehend will ich einige letzthin Unfallakten entnommene, ärztliche Sachverständigenurteile wiedergeben, die mir in dieser Beziehung erheblich zu weit zu gehen scheinen. „Mit Bestimmtheit (Sicherheit) ist anzunehmen,“ „Ich glaube bestimmt behaupten zu können, daß das Leiden die Folge des angegebenen Unfalles ist.“ „Nach der Angabe des Patienten war der Fuß vor dem Unfall vollkommen gesund, es muß daher das jetzige Leiden mit dem Unfall in Zusammenhang stehen.“ „Im Falle einer tuberkulösen Gelenkerkrankung ist der Unfall stets das ausschlaggebende Moment.“ Im Briefkasten eines sehr verbreiteten ärztlichen Blattes stand kürzlich zu lesen „wenn das Gelenk vorher gesund war, so ist die Frage, ob die Tuberkulose des Gelenks Unfallfolge sei, stets zu bejahen.“

Ich bin, wie gesagt, der Ansicht, daß derartige Urteile, angesichts des heutigen wissenschaftlichen Standpunktes der Frage nach der traumatischen Entstehung der chirurgischen Tuberkulose, viel zu bestimmt lauten und teilweise direkt unrichtig sind. Wenn aber einmal eine derartige gutachtliche Äußerung in die Akten hineingelangt ist, so ist sie geeignet, das Urteil aller nachfolgenden Instanzen zu trüben. Wird allerdings statt „Trauma“ im wissenschaftlichen Sinne die Bezeichnung „Unfall“ gewählt, so ist damit bereits eine laxere Auffassung adoptiert; denn der Begriff „Unfall“ ist durch die Gesetzgebung und ihre Auslegung so erweitert und unpräzis geworden, daß er sich nicht mehr mit dem Inhalt des Wortes „Trauma“ deckt.

Der große, aber nicht vermeidbare Übelstand, daß die ärztlichen Sachverständigen in Unfallsachen gleichzeitig die Rolle von Richtern übernehmen müssen, macht sich besonders in den Fällen von angeblich durch Unfall herbeigeführter Tuberkulose geltend. Wenn auch das rechtskräftige Urteil weiteren Instanzen vorbehalten bleibt, so ist doch fast immer das ärztliche Gutachten, zumal in Gestalt des Obergutachtens, entscheidend. Daraus erwächst für uns die Notwendigkeit, die Angaben des angeblich Verletzten und die Vorakten nicht nur zu verwerten, sondern auch auf ihre Glaubwürdigkeit zu prüfen. Wenn wir dabei streng kritisch vorgehen, so entsprechen wir den Anforderungen der wissenschaftlichen Methodik.

Ich glaube aber weiter, daß wir bei der geringen Wahrscheinlichkeit, die, wenn wir den wissenschaftlichen Maßstab anlegen, die traumatische Entstehung einer Tuberkulose der Knochen oder Gelenke im allgemeinen für sich hat, berechtigt sind, an die Beurteilung der einzelnen Fälle mit der Mutmaßung (Präsumtion) heranzutreten, daß die behauptete traumatische Ätiologie von vornherein unwahrscheinlich ist. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß wir die Prüfung des gegebenen Materials etwa mit Voreingenommenheit ausführen sollen, vielmehr kann und soll alles Einzelne objektiv geprüft werden; aber jener Standpunkt wird uns dahin führen müssen, daß wir Daten und Tatsachen verlangen, welche für die gemachten Behauptungen wenigstens eine Wahrscheinlichkeit ergeben, und daß wir ein verneinendes Gutachten ausstellen, sobald diese Bedingung nicht erfüllt ist.

Wenn z. B. in einem bestimmten Falle die Tatsache des Unfalles festgestellt, wenn direkte Unfallfolgen ärztlich beobachtet sind, wenn diese allmählich ohne Unterbrechung in die Erscheinungen einer Gelenktuberkulose übergingen, und sich nachweislich bis zur Fixierung der Diagnose „Tuberkulose“ eine mehr oder weniger andauernde Funktionsstörung des verletzten Körperteils bemerkbar machte, wenn endlich eine größere Anzahl von Wochen vergangen ist, ehe die ersten Erscheinungen der Tuberkulose sich zeigten, so werden wir kein Bedenken zu haben brauchen, einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Gelenktuberkulose, zwar nicht im wissenschaftlichen Sinne als bewiesen, aber doch als sehr wahrscheinlich anzunehmen. Wir müssen uns aber auch häufig zur Abgabe eines die Ansprüche des Patienten befürwortenden Gutachtens entschließen, wenn die aufgezählten Bedingungen nur unvollständig gegeben sind, weil die Gesetzgebung eben erheblich geringere Anforderungen in bezug auf die kausale Bedeutung des Unfalles stellt, als die wissenschaftliche Betrachtung.

Nach meiner Erfahrung besteht ein merklicher Unterschied in der Zahl der als entschädigungspflichtig anerkannten Knochen- und Gelenktuberkulosen bei den landwirtschaftlichen und bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften, was, wie mir scheint, doch zu denken geben muß. Ich sehe den Grund für diese Differenz in erster Linie in der Lückenhaftigkeit und Unsicherheit des aus den Akten und aus der Anamnese sich ergebenden Beweismaterials auf Seiten der landwirtschaftlich Versicherten. Erleidet ein gewerblich Versicherter, z. B. ein Maurer oder ein Fabrikarbeiter, einen Unfall, so hat er das größte Interesse daran, denselben möglichst bald zur Anmeldung zu bringen, es sind meist Zeugen vorhanden, der Kassenarzt tritt in Tätigkeit, und, was die Hauptsache ist, über das weitere Verhalten des Verletzten geben die Lohnnachweise zuverlässige

Auskunft. Erkrankt ein gewerblich Versicherter an Gelenktuberkulose, so sind seinem Bestreben, dieselbe als Unfallfolge darzustellen, und seiner dadurch in Aktion versetzten Phantasie schon durch die leicht aktenmäßig festzustellende Vorgeschichte gewisse Schranken gesetzt, und der Versuch, einen angeblichen Unfall verantwortlich zu machen, der nicht von Zeugen oder amtlich festgestellt ist, dessen Folgen ärztlich nicht beobachtet wurden und keine nachweisbare Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit herbeigeführt haben, erweist sich dann meist als ein vergeblicher.

Anders bei den im landwirtschaftlichen Betriebe Versicherten. Hier kommt zunächst wesentlich in Betracht, daß diese zum großen Teil weiblichen Geschlechtes und damit suggestiven Einflüssen besonders zugänglich sind. Wenn eine jugendliche, landwirtschaftliche Arbeiterin an Gelenktuberkulose erkrankt, so ist es nicht selten der behandelnde Arzt, der sie darauf aufmerksam macht, daß gewiß ein Unfall stattgefunden habe und als Ursache zu betrachten sei. Oder auch ohne eine derartige, meist unangebrachte Belehrung wird in der Familie nachgedacht, ob und wann einmal ein entsprechender Unfall stattgefunden haben kann. Was zuerst nur Vermutung oder schwache Erinnerung war, das steigert sich dann nach und nach zur sicheren Überzeugung und wird so vorgetragen.

Ich bin weit davon entfernt, behaupten zu wollen, daß in Fällen von Tuberkulose, die bezüglich der Entstehung durch einen Unfall fraglich liegen, häufig absichtlich von den Patienten die Unwahrheit ausgesagt wird. Wen sein Beruf öfter in die Gerichtssäle führt, der weiß es, wie bei in irgend einer Richtung interessierten Zeugen Dinge, die sich niemals ereignet haben, zu Tatsachen werden und umgekehrt mit eigenen Sinnen Wahrgenommenes aus der Erinnerung verschwindet oder in hochgradrig veränderter Form wieder zum Vorschein kommt. Der Umstand aber, daß gerade im landwirtschaftlichen Betriebe Unfälle häufiger sehr verspätet angemeldet werden, daß oft ärztliche Beobachtungen über die ersten Unfallfolgen nicht vorliegen, und daß ein zuverlässiger Lohnnachweis fehlt, wirkt schon trübend und verwirrend auf die Anschauungen der Beteiligten, erschwert es aber besonders dem späteren, ärztlichen Begutachter ungemein, ein gerechtes Urteil auszusprechen.

Das Gesetz verlangt und will allerdings keine wissenschaftliche Beweisführung, es ist vielmehr bekanntlich sein ausgesprochener Wunsch, daß in zweifelhaften Fällen die Entscheidung zu Gunsten der Rentenbewerber fällt. Wir Ärzte sollten aber, wenn wir die Frage zu beantworten haben, ob in einem gegebenen Falle von chirurgischer Tuberkulose ein bestimmter Unfall als Ursache anzusehen ist, angesichts der relativ geringen Zahl von Fällen, bei denen vom wissenschaftlichen Standpunkte die traumatische Entstehung angenommen werden kann, niemals mehr als die Wahrscheinlichkeit eines solchen Zusammenhangs zugeben, und auch nur dann ein bejahendes Urteil aussprechen, wenn diese Wahrscheinlichkeit durch glaubwürdige Angaben und einwandsfreie Tatsachen und Gründe gestützt werden kann.

Würde in diesen Fällen von vornherein etwas kritischer und vorsichtiger vorgegangen, so würden wohl mehr Rentenansprüche zurückgewiesen werden, als es bisher geschehen ist, andererseits aber würden viele unnötige Anstrengungen, Kosten und Enttäuschungen auf Seiten derjenigen Versicherten vermieden werden, deren Ansprüche erst in höheren Instanzen auf Grund eingehender Beweisaufnahme und ärztlicher Untersuchung als unbegründet erkannt werden.

Darum sage ich, wenn wir in der Begutachtung der Unfallfolgen auch mit der streng wissenschaftlichen Methode nicht auskommen, so sollten wir doch immer die wissenschaftlichen Forschungsresultate und Anschauungen bei unserer Sachverständigentätigkeit im Auge behalten und wir sollten dafür zu wirken suchen, daß sich die Entscheidungen in Unfallsachen nicht zu weit von dem wissenschaftlichen Standpunkte entfernen.

Der Unterricht in der versicherungsrechtlichen Medizin.

Von

Professor **Florschütz** in Gotha.

Unter diesem Titel veröffentlichte Herr Kreisarzt Professor Dr. P. Stolper-Göttingen in der vorletzten Nummer dieser Zeitschrift eine Abhandlung, die sich viel mit meinem Referate beschäftigt, das ich über einen verwandten Gegenstand, nämlich über den Unterricht in der Versicherungsmedizin, insoweit man darunter die für die privaten Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften in Betracht kommende Heilkunde versteht, im deutschen Verein für Versicherungswissenschaft am 3. Oktober 1904 erstattet habe. Über die Veranlassung dieses Referats gibt Herr Stolper Aufschluß; er ist aber unzufrieden damit, daß ich mich nur auf die private Lebens- und Unfallversicherungsmedizin beschränkt habe, ja, er meint sogar, daß ich den mir gewordenen Auftrag nicht richtig oder zu einseitig aufgefaßt habe, daß es meine Aufgabe gewesen sei, auch den weit wichtigeren Unterricht zu behandeln, der für die Praxis der staatlichen Arbeiterversicherungsgesetze notwendig sei. Richtig davon ist nur, daß ich über die staatlichen Arbeiterversicherungen nichts gesagt habe; aber ich habe darüber nichts gesagt, weil ich eben nur das Referat erstattet habe, mit dem ich beauftragt worden war. Ich habe aber nur das gehalten und bin nicht der Verlockung gefolgt, mich auch mit den staatlichen Versicherungen zu beschäftigen, weil auch mir von meiner Physikatszeit her das „gute alte Prinzip" teuer ist, der fragenden Behörde im Rahmen des Auftrags zu antworten. Daß aber nichts anderes gefragt war, als ich beantwortet habe, das hätte Herr Stolper doch schon daraus schließen können, daß, wie er schreibt, in jener Sitzung des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft merkwürdigerweise die Förderung des Unterrichts in der Praxis der staatlichen Versicherungsgesetze in der Diskussion unterblieben sei. Denn der Verein beschäftigt sich sonst mit den staatlichen Versicherungen, so oft sich Gelegenheit bietet, jetzt stand eben nur die Förderung der privaten Lebens- und Unfallversicherungsmedizin auf der Tagesordnung.

Doch das ist nebensächlich — die Stolperschen Einwürfe hatten wohl auch nur den Zweck, sich eine gute Einleitung für seine Ausführungen zu sichern, und diesen Zweck hat er erreicht: wer sich die Aufgabe stellt, die Riesenmaschine der staatlichen Arbeiterversicherung in guten Gang zu bringen, der kann auf ein regeres Interesse zählen, als der, der seine Feder nur dem privaten Versicherungswesen widmet. Aber nichtsdestoweniger darf auch diesem seine Aufgabe so wichtig erscheinen, daß er sie neben der des andern stellt und prüft, was beide vereinigt oder trennt. Und lediglich von diesem Gesichtspunkte aus habe ich mein Referat gehalten und nehme ich heute wieder Stellung zu der Stolperschen Arbeit. Ich hätte es vielleicht nicht nötig, wenn mein Referat auch nur einem kleinen Bruchteil der Leser dieser Zeitschrift bekannt geworden wäre; so ist es in den Veröffentlichungen des deutschen Vereins für Versicherungswissenschaft erschienen und über den engeren Kreis der sich speziell mit dem Versicherungswesen beschäftigenden Ärzte hinaus wenig bekannt geworden. Aber eben dieser Umstand zwingt mich auch, ausführlicher zu sein, als es sonst notwendig sein würde.

Ich habe nur von der Versicherungsmedizin gesprochen; wenn, um diesen Satz Stolpers vorweg zu nehmen, jemand Selbstmord begeht und gerichtärztlich obduziert wird, so ist das

lediglich eine gerichtsärztliche Sache und hat mit der Versicherungsmedizin gar nichts zu tun, wenn auch eine Lebensversicherungsgesellschaft den Auftrag zur Sektion gegeben hat. In der Zeit der Unanfechtbarkeit der Polize sind übrigens diese Fälle große Seltenheiten geworden.

Ich habe weiter alle meine Behauptungen sachlich begründet und so auch die, von der Herr Stolper behauptet, daß ich sie „durch Unwissenheit des andern, nämlich des Herrn Stolper, begründet hätte.“ Nichts lag mir ferner als ein persönliches Moment und um auch nicht den Schatten eines solchen aufkommen zu lassen, habe ich in meinem Referat eben deshalb den jetzt von Herrn Stolper wiederholten Satz: In Frankreich werden (versicherungsärztliche Themata) bereits in stärkerem Grade bearbeitet, als bei uns usw., ganz ignoriert, obwohl er damit das gerade Gegenteil von dem sagt, was ich in früheren Referaten und Arbeiten und auch in dieser Zeitschrift von der versicherungsärztlichen Wissenschaft und ihrer Hemmung durch das secret médical in Frankreich berichtet habe. Der dritte internationale Kongreß der Versicherungsärzte tagte freilich in Paris, aber die wirklich versicherungsärztlichen Arbeiten, die dort zur Diskussion standen, hatten mit Frankreich recht, recht wenig zu tun. Herr Stolper hat eben den Kongreß mit Frankreich identifiziert und das hätte einem Kenner der einschlägigen Verhältnisse nicht passieren können. In meinem Referate habe ich nur gesagt, daß die von Stolper vertretene Anschauung, daß die Lebensversicherungsmedizin der Staatsarzneikunde als Lehrgegenstand angegliedert werden könne, nur dadurch verständlich werde, daß sie — die Lebensversicherungsmedizin —, die in ihrer wissenschaftlichen Eigenart, soweit von der gerichtlichen Medizin abrücke, eben als Wissenschaft auch medizinischen Lehrern noch ganz fremd geblieben sei. Wohlgemerkt, ich habe von der Versicherungsmedizin als Wissenschaft gesprochen und in diesem Sinne auch nur hatte ich den Vortrag Stolpers von 1902 verstehen können. Wenn Herr Stolper aber heute selbst zugibt, daß die Lebensversicherungsmedizin bisher sehr stiefmütterlich behandelt worden sei, so wird er mir auch zugeben, daß man sich tätsächlich bisher zu wenig mit ihr beschäftigt hat und mir den Satz nicht allzusehr mehr verübeln.

Ich habe in der Einleitung meines Referats zunächst den Begriff der Lebensversicherungsmedizin festgelegt und ausgeführt, daß sie außer den Anforderungen, die man an die formale Schulung des Vertrauensarztes stelle, nichts mit der gerichtlichen Medizin gemein habe, also auch dieser als Lehrgegenstand nicht angegliedert werden könne. Sie sei eine Wissenschaft für sich und zwar die Wissenschaft, die als Grundlage ihrer Forschungen, als den eigentlichen Boden ihrer Erkenntnis nur die Statistik kenne. Und damit erst werde sie das abgegrenzte Gebiet der praktischen Medizin, das ihre Sonderstellung rechtfertige, erst damit, wenn auf dieser Grundlage in letzter Instanz die Fragen entschieden würden, welche die Versicherung heute vergeblich an die Medizin richte, die Spezialwissenschaft, die der Versicherung diene und ihr vorwärts helfe. Erst wenn sich die Medizin mit der Versicherungsmathematik zur gemeinsamen Arbeit verbände, werde es möglich, die Aufgaben, welche die Lebensversicherung an die Medizin stelle, zu lösen, denn dann käme als mächtiger helfender Faktor die Prognose als Abstraktion aus dem ungeheuren statistischen Material der Gesellschaften hinzu und erst in dieser Vereinigung werde als Versicherungsmedizin die Medizin erst das, was die Lebensversicherung von ihr erwarte, die Lehrmeisterin und Führerin auf dem Wege des täglich dringender werdenden Fortschritts.

Ich habe dann die Aufgaben entwickelt, die dieser Versicherungsmedizin gestellt sind: auf der einen Seite habe sie als Wissenschaft zu erforschen, d. h. die Unterlagen zu schaffen, die eine schärfere Diagnose und eine weitgehendere Prognosenstellung als heute gestatten, auf der anderen Seite habe sie das Erforschte als Lehrgegenstand für eine bessere Vor- und Ausbildung der die Vorarbeiten leistenden Ärzte, der Vertrauensärzte, zu verwerten.

Die erste Aufgabe habe ich als eine lediglich interne Angelegenheit der Versicherungsgesellschaften bezeichnet, denn sie beträfe nur die Ärzte, die an der Direktionsstelle der Gesellschaften arbeiteten oder sich sonst wissenschaftlich mit der Versicherungsmedizin beschäftigten. Ihnen läge mit dem Mathematiker ob, die Grundlagen zu schaffen, auf denen ein gedeihlicher Fortschritt der wissenschaftlichen Lebensversicherung sich ermöglichen ließe. Sie hätten erst festzustellen, welchen Einfluß bestimmte Krankheiten, Krankheitsanlagen, die Erblichkeit, der Beruf usw. auf die Lebensdauer ausübten, bevor diese dazu übergehen könne, den Kreis der Versicherungsnehmer von heute zu erweitern und auch den gesundheitlich Minderwertigen, der sich zu versichern wünscht, wenn auch mit anderen Bedingungen, zu versichern. Denn dazu reichten weder die Einzelerfahrungen der klinischen Medizin noch auch ihre prognostischen Untersuchungsmethoden von heute aus, welche es nur in den seltensten Fällen ermöglichten, die Widerstandskraft eines Antragstellers auf Jahre hinaus objektiv festzustellen. Die Lebensversicherung sei eine Wahrscheinlichkeitsrechnung und das und nichts anderes sei ihre Medizin. Die Unterlagen der Rechnung aber gäbe nur die Statistik, die Bearbeitung des reichlichen Materials, das in den Versicherungs- und Sterbefallpapieren der Gesellschaften aufgespeichert sei. Quantitativ und qualitativ habe sie es zu sichten, quantitativ, um sich die Frage zu beantworten, wie hat sich ein Bestand von Versicherten im Laufe der Jahre durch den Tod gelichtet, qualitativ, um den erkennbaren Ursachen nachzugehen, die zu den endlichen Erkrankungen und Todesursachen mit Wahrscheinlichkeit geführt haben. Unterstützungen von außen könnten ihr aber bei diesen Arbeiten nicht werden und so seien auch Vorschläge für eine theoretische oder praktische Förderung der ersten Aufgabe in dem Rahmen dieses Referats nicht zu machen d. h. sie sei eben nur eine interne Angelegenheit der Gesellschaften selbst, die durch irgend eine Staatsbeihilfe nicht gefördert werden könne oder brauche. Anders bei der zweiten Aufgabe, doch davon später.

Herr Stolper urteilt über diesen Abschnitt meines Referats mit den Worten: „Bislang ist das Ergebnis solcher Aktenstudien für die Medizin noch nicht eben überwältigend. Florschütz selbst gesteht zu, daß für diese Arbeiten Unterstützung von außen nicht kommen kann, er weiß daher Vorschläge für eine theoretische oder praktische Förderung in seinem Referate nicht zu machen.“ Er hat, wie er oben meinen Auftrag irrig gedeutet hat, so auch — ich möchte fast sagen folgerichtig — den Inhalt und die Tendenz dieses Abschnitts völlig mißverstanden. Doch auch das ist mir nebensächlich, wichtiger ist mir sein absprechendes Urteil, das er über die Lebensversicherungsmedizin als statistische Wissenschaft fällt. Er warnt vor einer Überschätzung des Wertes der Statistik überhaupt und der aus der Lebensversicherung geschöpften insbesondere, die Fehlerquellen flössen allzu reichlich, als daß sie durch die Menge des Materials überbrückt werden könnten; er bezeichnet meine Behauptung, die Unterlage der Lebensversicherungsmedizin sei die Statistik, als eine Übertreibung und stellt dagegen die Behauptung auf, daß die Lebensversicherungsmedizin immer abhängig sein werde von dem jeweiligen Niveau der allgemeinen medizinischen Erkenntnis der Krankheiten.

Daß man über den Wert der medizinischen Statistik verschieden urteilen kann, weiß ich; ich weiß aber auch, daß sich die allerwenigsten, die heute medizinische Statistiken veröffent-

lichen, sich mit den einfachsten Grundprinzipien der Statistik vertraut gemacht haben, um überhaupt befähigt zu sein, statistisch zu arbeiten. Ich habe in Nr. 10 des Jahrgangs 1902 dieser Zeitschrift darüber geschrieben; ich verweise, um nicht allzuviel Raum in Anspruch zu nehmen, auf diese Arbeit und ich kann es um so eher, als weniger das innere Wesen der Statistik als ihr Wert als Grundlage der Lebensversicherungsmedizin zur Debatte steht. Und diesen zu erweisen hat mir Herr Stolper dadurch außerordentlich leicht gemacht, daß er in seiner Kritik auf die Eingeweidebrüche exemplifiziert. Er sagt: wie dachte man vor 30 Jahren über die Eingeweidebrüche, wie heute? Ich kann ihm darauf nur antworten, daß, wie mir meine tägliche Erfahrung lehrt, die Vertrauensärzte noch genau so darüber denken, wie die Lebensversicherung bis vor einem halben Jahre selbst, nämlich, daß der mit einem Bruch behaftete Antragsteller ein gefährdetes Risiko sei, dessen Übernahme nur dann empfohlen werden könne, wenn entweder durch ein gutsitzendes Bruchband der Gefahr der Einklemmung möglichst begegnet würde oder diese durch eine erhöhte Prämie paralysiert werde. Vor einem halben Jahre habe ich dann das über die Eingeweidebrüche aufgemachte statistische Material der Gothaer Bank veröffentlicht (s. diese Zeitschrift 1904 Nr. 20) und mit ihm bewiesen, daß die Gefahr, an Brucheinklemmung überhaupt zu sterben — und etwas anderes kommt für die Lebensversicherung nicht in Betracht —, eine außerordentlich geringe ist, eine so geringe, daß sich keinerlei Erschwerung der Aufnahme bruchkranker Antragsteller rechtfertigen lasse und daß die Gothaer Bank künftighin daher auch irgend welche Erschwerungen nicht mehr bedingen werde. Wenige Wochen später trat die alte Leipziger Lebensversicherungsgesellschaft mit einer gleichen Arbeit und mit demselben Resultat in die Öffentlichkeit, und heute hat in der Lebensversicherung der Bruchkranke aufgehört, ein minderwertiges Risiko zu sein, aber nicht, weil sich die allgemeine medizinische Erkenntnis der Bruchgefahr geändert hätte, einzig und allein deshalb, weil die Lebensversicherungsstatistik gelehrt hat, daß die Gefahr der tödlichen Einklemmung ein verschwindend geringe ist.

Und die Blinddarmentzündungen? Sie haben vor 30 Jahren bereits einer mehrjährigen Karenzzeit bis zur Versicherung unterlegen und unterliegen dieser heute noch ebenso, aber nur deshalb, weil hier die Statistik fehlt, um ihre tödliche Gefahr rechnerisch zum Ausdruck bringen zu können. Und wie hier ist es bei vielen, vielen anderen Erkrankungen auch.

Es würde zu weit führen, wenn ich den Wert der Statistik als Unterlage der Lebensversicherungsmedizin vom Grund aus zu erhärten, mich noch auf das theoretische Gebiet begeben würde, denn ich müßte dann den ganzen inneren Aufbau der Lebensversicherung aufrollen. Aber auf eins möchte ich Herrn Stolper noch aufmerksam machen, auf die sich immer mehr ausbreitende Lebensversicherung ohne ärztliche Untersuchung. Hier hat er die gänzliche Loslösung der Lebensversicherung von dem Niveau der jeweiligen allgemeinen medizinischen Erkenntnis der Krankheiten — näher darauf einzugehen, haben wir hier nicht, hier steht die Lebensversicherungsmedizin zur Erörterung. Wenn ich aber auch von dieser behaupte, daß sie nur eine Wahrscheinlichkeitsrechnung sei, und als den eigentlichen Boden ihrer Erkenntnis nur die Statistik kenne, so weiß ich mit Herrn Stolper recht gut, daß auch mit der exaktesten Logik die statistischen Schlußfolgerungen falsche werden, wenn von Voraussetzungen ausgegangen ist, die nur den Anschein hatten, richtig zu sein, und damit komme ich zu dem zweiten Teil meines Referats, das sich mit eben diesen Voraussetzungen und den Weg, sie im höchst möglichen Grade richtig zu gestalten, beschäftigt.

Ich habe gesagt: Jede Statistik sei ohne Wert, wenn sie nicht aus einwandsfreien Unterlagen gewonnen sei und alle aus ihr gewonnenen Erfahrungen würden nutzlos, wenn sie nicht auf Fälle angewendet werden könnten, die dieselbe Vorbedingung der Sicherheit wie jene selbst böten. Diese Sicherheit geben könne aber nur der Vertrauensarzt. Er sei die Auskunftsperson, auf die der Gesellschaftsarzt sein Urteil stützen müsse, durch seine Augen allein lerne er den Antragsteller medizinisch kennen. Seine Aufgabe sei, zu erfragen, zu beobachten, zu untersuchen und das Gefundene richtig und ausführlich in seinem Gutachten zu beschreiben. Zweifellos untersuche aber der Vertrauensarzt am besten, der wisse, worauf es ankomme, und ankommen könne es in der Lebensversicherung immer nur auf die Prognose. Von Wert sei aber immer nur die, die auf die volle Erkenntnis des Sachverhalts hin ausgesprochen werde und eben dieser ihr Aufbau aus allen Ergebnissen einer genauen Untersuchung erkläre es, daß jeder Fehler im einzelnen auch die Richtigkeit des Endergebnisses in Frage stellen müsse. Deshalb müßten die Vertrauensärzte darauf hingewiesen werden, einmal, daß sie lediglich für eine Prognose arbeiteten, und dann, daß die Lebensversicherung auf diesen oder jenen Punkt bei ihren Untersuchungen ganz besonderen Wert lege. Nicht die medizinischen Tatsachen seien verschieden, sondern nur die Gesichtspunkte, von denen aus sie betrachtet würden. Als Beispiel nahm ich den Kampf, den die Lebensversicherung tagtäglich mit den orthodox bakteriologisch denkenden Ärzten zu führen habe, denen die Disposition ein nichts mehr sei, und die daher glaubten, in ihren Gutachten den für die Prognosenstellung so überaus wichtigen allgemeinen Habitus des Antragstellers als eine chose négligable behandeln zu dürfen. Statt einer einfachen Gesamtfrage würde oft ein Heer von Unterfragen notwendig, um eine nur einigermaßen brauchbare Antwort zu erhalten. Die vertrauensärztlichen Formulare sprächen hier eine sehr beredte Sprache. Man rufe auf den Ärztetagen immer nach ihrer Revision, bedenke aber nicht, daß die vielen Fragen nicht der Lebensversicherung schuld zu geben sein, sondern daß sie lediglich die mangelnde Vorbildung der Ärzte für das Amt eines Vertrauensarztes verschulde. Statt einer Formularrevision sei daher die Erziehung der Ärzte zu den Aufgaben anzustreben, die sie als Vertrauensärzte zu leisten hätten. Aber nicht einfach sei der Weg, auf dem diese Belehrung zu erreichen sei. Nicht angebracht erschiene mir, wie von anderer Seite vorgeschlagen worden sei, die Errichtung eines besonderen Universitätslehrstuhls, denn die Medizinstudierenden seien durchaus noch nicht so weit vorgebildet, um mit Nutzen ein derartiges Kolleg besuchen zu können, dort müßten fertige Ärzte sitzen. Die Universität sei auch nicht dazu da, um Spezialfächer zu pflegen. Solle die Lebensversicherungsmedizin mit Vorteil gelehrt und so gefördert werden, so setze sie bei den Lehrern eine durch und durch technische Vorbildung, bei den Lernenden ein abgeschlossenes klinisches Studium voraus. Ich sei daher stets dafür eingetreten, daß die Gesellschaftsärzte in Fortbildungskursen für praktische Ärzte die Förderung der Lebensversichungmedizin in die Hand nehmen sollten. So lange das freilich nur auf ganz privatem Wege geschehen könne, sei der Erfolg hinsichtlich der Zahl der Zuhörer ein sehr problematischer; gelänge es daher, die Regierungen dafür zu gewinnen, daß die Akademien für praktische Medizin die Lebensversicherungsmedizin als einen besonderen Lehrgegenstand mit in ihrem Lehrplan aufnähmen, so sei damit die Vor- und Ausbildung der kommenden Ärzte als Vertrauensärzte gewährleistet, gleichzeitig aber auch der Rückhalt gewonnen, in den jetzt mit den Akademien verbundenen Fortbildungskursen für praktische Ärzte die Lebensversicherungsmedizin zur besseren und ausgiebigeren Geltung zu bringen. Die Akademien hätten die Aufgabe, den

Arzt in das Verständnis seiner Berufsaufgaben und -Pflichten einzuführen und zu diesen gehörten auch die eines Vertrauensarztes für die Lebensversicherung.

Das mein Vorschlag, den ich zur Förderung der Lebensversicherungsmedizin gemacht habe. Und Herr Stolper? Er sagt in seiner Arbeit: für die zweifellos am stiefmütterlichsten behandelte Lebensversicherungsmedizin mögen die letztgenannten d. h. ärztliche Fortbildungskurse, sei es an Universitäten, sei es an Akademien, eine geeignete Lehrstätte sein.

Wir begegnen uns also in unseren Förderungsvorschlägen mehr, als es bei ihrer Begründung vorher den Anschein haben wollte.

Es bleibt noch die praktische Unfallversicherungsmedizin zu besprechen. Über sie und ihre Förderung habe ich in meinem Referat gesagt:

Wenn wir für die Lebensversicherungsmedizin den Unterricht an den Akademien in Anspruch nehmen, wenn wir fordern, daß der fertige Arzt erst der Zuhörer sei, dem sie gelehrt werden soll, so gilt das nicht auch für die Unfallversicherungsmedizin. Sie ist eben von jener ganz wesentlich verschieden. Die Lebensversicherungsmedizin bildet sich als Wissenschaft selbständig fort und verlangt von dem Arzte, daß er nach ihren Anweisungen einen gesunden Menschen untersuchen und unter diesem Gesichtspunkt begutachten soll, setzt also ein fertiges, abgeschlossenes medizinisches Studium voraus; die Unfallversicherungsmedizin dagegen hat sich von vornherein theoretisch und praktisch mit dem kranken Menschen zu befassen; ihr Lehrgang fällt daher so naturgemäß mit dem Studium der Universität zusammen, daß sie von ihm gar nicht getrennt werden kann. So wenig aber bei diesem ein Dozent ausreicht, um in allen Sätteln gerecht, die gesamte Medizin zu lehren, so wenig kann ein Lehrstuhl genügen, um der gesamten Unfallheilkunde gerecht zu werden. Die Unfallversicherungsmedizin zerfällt eben in so viele Teile, als es medizinische Spezialfächer gibt, und jedes von diesen verlangt sein besonderes Studium, seinen besonderen Lehrer. Sicher aber sind auf einzelnen Gebieten bereits so zahlreiche Erfahrungen gesammelt, daß es recht gut möglich ist, sie im Zusammenhang mit dem medizinischen Unterricht schon jetzt zu verwerten — und hier kommt der privaten Unfallversicherung die soziale Gesetzgebung zu Hilfe — der Lehrplan der Akademien sieht derartige Vorlesungen bereits vor und auch der alten Forderung des deutschen Ärztetags, daß die angehenden Ärzte in die soziale Gesetzgebung eingeführt und auf ihre Bedeutung für ihre spätere Tätigkeit hingewiesen werden sollen, wird dort genügt werden. Die private Unfallversicherung darf aber das Vertrauen haben, daß auch ihre Interessen damit am besten gewahrt und gefördert werden.

Ich habe also demselben Gedanken Ausdruck gegeben, den Herr Stolper in die Worte faßt, daß die Erziehung der Ärzte für die Aufgaben der Arbeiterversicherung auch eine solche für die private Unfallversicherung sei; wenn der Staat diese fördere, so diene er auch den privaten Unfallversicherungsgesellschaften. Ich weiß aber auch, daß ich mit den Vorlesungen auf den Akademien, oder wie ich gerne nachgebe, in den Endsemestern auf der Universität, dasselbe im Auge hatte, das Herr Stolper in seinem Schlußsatz dahin resümiert, daß er sagt, daß sich alles gewiß nicht in einer Hand, in einem Kopf zusammenfasse lasse, daß aber eine Zusammenfassung der gesetzlichen Bestimmungen, die Heraushebung praktisch wichtiger Fragen, die formale Schulung für die ärztliche Sachverständigentätigkeit eine Lehraufgabe für sich sei, die am Ende der Studienzeit erfolgen müsse. Wenn ich dann endlich noch erkläre, daß ich nichts dagegen einzuwenden habe, daß ein Dozent der gerichtlichen Medizin diese Vorlesungen abhält und auch Nichtmediziner an ihnen teilnehmen, so wüßte ich tatsächlich nichts, was Herr Stolper und mich hier trennte.

Was war es aber dann, das die Debatte hervorgerufen hat? Es war lediglich die Verquickung der Lebensversicherungsmedizin mit den versicherungsrechtlichen Aufgaben der staatlichen Arbeiterversicherungen und so mit der gerichtlichen Medizin, mit der sie nur die formale Schulung für die Sachverständigentätigkeit gemein hat. Ganz trennt sie die Eigenart ihrer Wissenschaft, und um diese allein war es mir zu tun und nicht um versicherungsrechtliche Gesichtspunkte, die eben nur sehr beschränkt auf sie Anwendung finden können. Ich hoffe, daß Herr Stolper mir heute darin beistimmen wird und damit die Lebensversicherung aus seinem Lehrplane ausschaltet.

Und wahrlich, die Aufgabe, die er sich gestellt hat, ist auch so noch groß genug. Am 2. März 1905 hat Graf v. Posadowsky im Reichstag das Reichsversicherungsamt einen Riesenoberbau ohne jeden Unterbau genannt. Er hat dabei freilich an die Schaffung von Kreisinstanzen gedacht, aber die eigentlichen Träger der sozialen Gesetzgebung sind die Ärzte, und je sicherer dieser Unterbau, um so sicherer wird der Oberbau auf ihn ruhen.

Referate.

Chirurgie.

Über Herzverletzungen und ihre Behandlung.

Vortrag des Herrn Borchardt in der Sitzung der Berl. med. Gesellsch. vom 15. Februar 1905.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 9. S. 363.)

Von 700 Herzverletzten heilten 10% spontan; ca. 30% starben im unmittelbaren Zusammenhange mit der Verletzung; der Rest später. Ausgedehntere Zerreißungen, besonders durch stumpfe Gewalt, aber auch Explosionswirkungen von Nahschüssen veranlaßten sofortigen Tod. Erfolgt dieser langsamer, aber in den ersten Tagen, so ist auf Verblutung und Kompression des Herzens durch das ins Pericard ergossene Blut zu schließen. Wenn die Verletzten die ersten Tage überleben, so können sie genesen; doch bleibt die bindegewebige Narbe immer ein loxes minoris resistentiae. Auch kann es zur Bildung eines Herzaneurysmas kommen. Von den Behandluugsmethoden hat in neuerer Zeit die Herznaht ermuthigende Erfolge gegeben. Sie kommt daher in Frage. Ktg.

Ein Fall von tödlich verlaufener Stichverletzung des Herzens.

Von Stabsarzt Dr. Stude in Oldenburg.

(D. mil. ärztl. Ztschr. 1904, Heft 1.)

Der Fall kam nach einem Transport von 3 km, während dem die stoßweise heftig blutende Wunde fest tamponiert wurde, zwei Stunden nach der Verletzung zur Operation. Die Hautwunde war 2 cm lang, $1/2$ cm breit und befand sich im vierten Zwischenrippenraum 1 cm nach innen von der linken Brustwarzenlinie; die Herzwunde in der Wand der linken Herzkammer dicht neben der Längsfurche etwa in halber Höhe der Kammer. Der Schnitt wurde nach Rydygier geführt, nur mit dem Unterschied, daß die Rippen nicht in der Knorpelknochengrenze, sondern im Knochen $1^1/_2$ cm davon durchtrennt wurden: also quer durch das Brustbein über dem dritten Rippenpaar, vom linken Ende des Schnittes nach unten außen über die dritte, vierte und fünfte Rippe. Der ganze Lappen federte sehr gut nach rechts zurück; der Überblick war sehr gut. Ungünstig war das Entstehen eines Pneumothorax, wohl bei der Durchsägung des Brustbeines, schwierig die Herzmuskelnaht an dem sich drehenden pulsierenden Herzen. Trotz Kochsalzeinlaufes in den Darm erfolgte der Tod noch auf dem Operationstisch.

Bis zur Einleitung der leichten Narkose bestand ein starker Erregungszustand, entweder als Verblutungsdelirium oder als Raptus melancholicus des Selbstmörders aufzufassen.

E. Wullenweber-Schleswig.

Innere Medizin.

Über traumatische Herzklappenzerreißung.

Aus dem Pathologischen Institut des allgemeinen Krankenhauses Hamburg-Eppendorf.

Von Eugen Fraenkel.

(München. med. Wochenschr. 1905. Nr. 15.)

Bei einem 68jährigen Manne, welcher $1^1/_2$ Stunden nach einem Sturz aus bedeutender Höhe gestorben war, wies die Obduktion neben vielfachen Verletzungen, von denen hauptsächlich die Brüche sämtlicher Rippen der linken Seite, sowie Zerreißen der linken Pleura und beträchtlicher Hämothorax hier interessieren, eine Zerreißung des vorderen Klappensegels der Pulmonalklappe nach, welche zweifellos als ganz frisch anerkannt werden mußte. Das Herz, welches eine Anzahl linsengroßer Blutergüsse unter dem Epicard zeigte, war im übrigen vollkommen frei von krankhaften Veränderungen, welche zu einer Klappenruptur disponieren konnten, sodaß es in diesem Falle gelungen ist, völlig einwandfrei die Ruptur einer Klappe eines gesunden Herzens durch Trauma nachzuweisen, eine Tatsache, die bisher in keinem Falle von Klappenruptur möglich war, ausgenommen vielleicht einen Fall von Weiß (Wiener med. Presse 1875, Nr. 1 und 2), zitiert von M. B. Schmidt 1902, Nr. 38 der Münchener medizinischen Wochenschrift. Daß eine traumatische Klappenruptur zu einer dauernden schweren Störung der Herzarbeit mindestens führen kann, dürfte bei der der Klappe während der Herzaktion dauernd zugemuteten Zerrung einleuchten.

Seelhorst.

Schrotschuß und Wundstarrkrampf.

Von Dr. G. Schmidt, komm. zur chir. Klinik in Breslau.

(Dtsch. med. Wochenschr. 1904. Nr. 9.)

S. hat im Anschluß an zwei in der Klinik erfolgende Todesfälle an Starrkrampf nach Schußverletzungen mit den aus den Wundkanälen entfernten Filz- und Papppfropfen, ferner auch mit den von ungebrauchten Patronen entnommenen Pfropfen und dem zur Herstellung dienenden Rohmaterial Impfungen an Tieren gemacht und das Entstehen von Tetanus beobachtet. Schrotschüsse aus größerer Entfernung sind nach dieser Richtung ungefährlich — dabei dringt der Pfropfen nicht mit ein, wie auch Schrotschüsse aus Gewehren aus geringer Entfernung —, dabei sind die Wundkanäle so groß und weit, daß Desinfektion und offene Wundbehandlung eingeleitet wird. Dagegen müssen Revolver- und Pistolen-Schrotverletzungen aus nächster Nähe mit kleiner Einschußöffnung als besonders geeignet zur Einimpfung von Tetanusbazillen angesehen und dementsprechend behandelt werden.

E. Wullenweber-Schleswig.

Vergiftungen.

Beiträge zur Lehre von den Vergiftungen.

Von Professor Dr Julius Kratter, Graz.

(Gesammelte Sonderabdrücke von Abhandlungen aus Band XIII, YIV, YVI des Archivs für Kriminalanthropologie und Kriminalistik) Leipzig, Druck von J. B. Hirschfeld. 1904.

Wir haben eins der von Kratter in jenen Abhandlungen besprochenen Gifte, Arsenik, schon seiner Zeit zum Gegenstande eines Referates an dieser Stelle gemacht.

Diese Sammlung, wie sie jetzt vorliegt, stellt fast eine praktische Toxikologie der wichtigsten Gifte überhaupt dar, ganz geschöpft aus der eignen überaus reichen Erfahrung des hervorragenden Grazer Forensikers.

Einige herausgegriffene Stellen mögen die Menge von wertvoller Belehrung, die diese Abhandlungen bringen, veranschaulichen.

Von anorganischen Giften behandelt Kratter Arsen, Phosphor, Quecksilber, Blei, Kupfer.

Die Geschichte des Phosphors als Vergiftungsmittel beginnt erst 150 Jahre nach seiner Entdeckung, nämlich mit der Erfindung des Phosphorzündhölzchen im Jahre 1833.

15 mg. können schon schwere Vergiftungserscheinungen hervorrufen, 50 mg. sind als tödliche Dose für einen Menschen anzusehen; die Köpfchen einer Schachtel (bei 100 Stück) enthalten also reichlich die tödliche Dosis.

Im Leichenbefund des Phosphorvergifteten können sich die Hautblutungen mitunter als recht große blaue Flecke darstellen; ein solcher Mensch sieht dann wie geprügelt aus. Kratter sah Blutunterlaufungen des Augenlides, wie man sie in der Regel nur nach schweren Schädelverletzungen zu finden pflegt. Ihre Lieblingssitze sind das Brustfell, wo sie namentlich im hinteren Mittelfellraum längst der Körperschlagader zu umfänglichen Blutflecken gedeihen können, dann das Zwerchfell, Netze und Gekröse, Achselhöhlen und Schenkelbeugen. Man soll es nie unterlassen bei vermuteter Phosphorvergiftung gerade an diesen Stellen nach Blutungen zu fahnden. In manchen Fällen sind sie so zahlreich, daß die serösen Häute und die von ihnen überzogenen Organe wie getigert aussehen, in anderen Fällen kommen sie recht spärlich vor oder sie fehlen auch wohl ganz. Letzteres gerade werde in den Lehrbüchern nirgends mit genügender Schärfe hervorgehoben. Natürlich muß ein bis dahin völlig gesundes Organ, z. B. die Leber anders aussehen, wenn es weniger als 24 Stunden, als wenn es drei- oder viermal 24 Stunden oder gar 10 Tage unter der Giftwirkung stand. Daher die außerordentliche Verschiedenheit der Befunde hinsichtlich der Blutaustritte. — Trotz der schnellen Umwandlung des Phosphors in der Leiche, sind Fälle bekannt, wo es sich in exhumierten Leichen noch nach 8 Wochen nachweisen ließ. Nach 11—12 Wochen findet man ihn nur mehr als phosphorige Säure, nach höchstens 16 Wochen überhaupt nicht mehr, d. h. nur noch als Phosphorsäure, was eben die Vergiftung nicht mehr beweisen kann. Phosphor ist in Leichen kaum soviele Wochen lang sicher nachweisbar, als Arsen Jahre. Die bei der Exhumierung und Leichenzergliederung etwa noch vorhandenen Spuren von Phosphor werden in den zerschnittenen Organen, zu welchen der Luftsauerstoff fast unbehinderten Zutritt hat, rasch oxydiert. Es ist also dringend geboten, daß sie mit größter Eile und so verpackt, daß nur wenig freier Raum in den Glasgefäßen vorhanden ist, zur chemischen Untersuchung gelangen, und der Chemiker hinwiederum muß sich klar sein, daß jede Stunde mehr, die das in seiner Hand befindliche Objekt bis zur Inangriffnahme der Arbeit weiter fault, das Resultat der ganzen Untersuchung gefährden kann. Für diesen enorm wichtigen Punkt herrscht nach Kratters Erfahrung bei allen beteiligten Faktoren große Verständnislosigkeit. — Das Leuchten der Phosporspuren (im Destillierkolben mit schwach angesäuertem Wasser) wird durch die gleichzeitige Anwesenheit von Alkohol, Äther, Kupfervitriol, Sublimat, Terpentinöl, Wasserstoffsuperoxyd, Karbolsäure, Petroleum, Benzin, Chloroform, Fette, Fettsäure, und durch manche Fäulnisprodukte wie H_2S verhindert. — Kratter redet der äußerst empfindlichen schönen Methode des Nachweises von Dusart-Blondlot das Wort, die aber eine schwierige Kunstleistung für die Hand des besonders Geübten darstelle. — Schon die kleinste Spur von freiem Phosphor in den Organen beweist die Vergiftung. Nach Wassmuts Untersuchungen erzeugt Phosphor auch bei der Frucht im Mutterleibe die typische Vergiftung. —

Die typische Sublimatdysenteria ist bei Tod innerhalb der ersten 3 Tage nicht vorhanden. —

Kratter sah (mit Eppinger) eine Laparotomierte mit dem Befunde tödlicher Sublimatvergiftung. Das Sublimat konnte nur von den in einer Sublimatlösung gewaschenen und während der Operation oft darin abgespülten Händen des Oparateurs an das Peritoneum und die Eingeweide gelangt sein. —

Beim Blei kann ähnlich wie bei misslungenem Selbstmordversuch durch Arsen, sich wochenlang nach scheinbarer Genesung und wiedergewonnener Arbeitsfähigkeit das Bild der chronischen Vergiftung mit Lähmungen einsetzen.

Reines Kupfer ist ungiftig; als Gifte wirken nur seine Salze, voran das bekannte Kupfervitriol und der Grünspan (essigsaures Kupferoxyd). — Die Leber des Menschen enthält fast regelmäßig eine Spur von Kupfer; spät exhumierte Leichenteile öfters größere Mengen, die dann Verunreinigung von außen her sind, durch Messingkränze, Rosenkranzdrähte, Knöpfe, u. a.

Es folgen zwei weitere Kapitel über organische Gifte: — Kohlenoxyd, Blausäure, Alkohol, Essigsäure, Chloroform, Karbolsäure und über Pflanzengifte. Hierin wird zunächst der Nachweis von Pflanzengiften im allgemeinen besprochen; dann im speziellen: Atropin, Morfin, Strychnin, Veratrin, Colchicin. (Schluß folgt.)

P. Bernhardt-Dalldorf.

Vergiftung nach äußerlicher Anwendung von Kupfersulfat (Blaustein).

Von Dr. Spannbauer-Trembowla.
(Wiener med. Wochenschr. 1904. Nr. 48.)

Ein 23jähriger kräftiger Soldat reibt sich wegen eczematöser Krusten am Kopf etwa 5—6 g Kupfersulfat, in Milch gelöst, in die Kopfhaut ein. Nach 24 Stunden starker Durchfall, nach weiteren 12 Stunden reichliches Erbrechen. Die blaue Farbe des Erbrochenen leitete zuerst auf die richtige Diagnose. Schwere Albuminurie, starker Kräfteverfall, Herzschwäche. Nach Kamphereinspritzungen und Hypodermoklyse schnelle Erholung. Das Salz, das durch die Haut aufgenommen war, war offenbar gänzlich durch den Magendarmkanal ausgeschieden worden. Es wirkte nur auf diesen giftig, denn in den ersten 24 Stunden, wo es schon im Blut zirkulierte, aber noch nicht in den Verdauungstractus gelangt war, war das Allgemeinbefinden nicht gestört.

Lehfeldt.

Über Senfvergiftung.

Von Dr. Kolbe, Ast.-Arzt am Kreiskrankenhause Britz-Berlin SO.
(Dtsch.-med. Wochenschr. 1904, Nr. 7).

Ein 38jähriges Fräulein gebrauchte seit vier Tagen wegen Magenschmerzen eine Kur mit Senfkörnern, steigerte aber die Dosis auf fünf bis sechs stark gehäufte Teelöffel und mehr; zuletzt nahm sie an einem Sonntag um 6 Uhr abends ein. Am Montag morgen wurde sie erst auf vieles Klopfen wach und fiel beim Aufstehen besinnungslos um. Es bestand dann starke Blaufärbung des Gesichts und der Schleimhäute, ein kleiner unregelmäßiger Puls von 116, Temperatur von 35,5, Atmung nach Cheyne-Stoke von drei bis acht Zügen in der Minute, Muskeln des Bauches und der Glieder fest zusammengezogen, volle Blase. Die Besinnung war auf Anrufen und äußere Reize zu wecken, schwand aber stets gleich wieder. Der Puls wurde gehoben durch Kampfereinspritzungen, der Harn durch Katheter entleert; er enthielt Spuren von Eiweiß und 5 % Zucker. Durch Magensonde entleerte sich ein wenig graubraune, stark ätherisch riechende Flüssigkeit mit öligen Tropfen an der Oberfläche, darauf Spülung. Im weiteren Verlauf traten tiefere Bewußtlosigkeit und fast Stillstand der Atmung öfter ein, wurden aber durch Heben des Unterkiefers und künstliche Atmung bekämpft. Auch wurden eine Kochsalzinfusion und Atropininjektion, diese wegen des Krampfzustandes der Muskeln, namentlich des Zwerchfelles, gemacht. Allmählich hoben sich Herztätigkeit und Atmung und in der nächsten Nacht erfolgte ruhiger Schlaf. Am nächsten Tage bestand starkes Hautjucken; im Gesicht begann sich ein Furunkel zu bilden. Am dritten Tage war das Bewußtsein völlig frei, bestand keine Schlafsucht mehr und war der Harn frei von Zucker. Am vierten Tage hatte das Hautjucken ein Ende.

Aus dem im Senfsamen enthaltenen Glykosid Sinigrin (myronsaurem Kalium) wird durch das Ferment Myrosin das ätherische Senföl abgespalten. Seine Wirkung befällt besonders die Reflexzentren des verlängerten Marks: das Gefäßnervenzentrum (anfängliche Reizung, dann Lähmung: Puls unregelmäßig, meist beschleunigt bei weiter pulsierendem Herzen — und das Atmungszentrum: die Atmung steht in der Stellung der Einatmung still, ist aber künstlich stets wieder in Gang zu bringen. Da die Reflexerregbarkeit durch fortgesetzte kleine Dosen zunächst gesteigert wird, wirkt dann schon die halbe größte Einzelgabe des Strychnin tödlich; nach eingetretener Lähmung der Reflexe nicht einmal die doppelte Gabe mehr. Am Magendarmkanal werden außer kleinen Schleimhautblutungen keine Wirkungen bemerkt, auch nicht Vermehrung der Peristaltik (vgl. R. Henze, Inaug.-Diss. Halle 1878).

Die Diagnose wird gestützt durch gelegentlich beobachteten Geruch der Ausatmungsluft und des Harns nach Meerrettig oder Knoblauch, durch Destillation des Mageninhalts und des Harns zur Gewinnung des ätherischen Öls, durch den Nachweis der Senfkörner in den Stuhlentleerungen.

Die Behandlung besteht vor allem in künstlicher Atmung, Magenspülung, Reizmitteln, vielleicht Verabreichung reichlicher Milch und Strychnin oder Atropin.

E. Wullenweber-Schleswig.

Ein eigenartiger Fall von Kohlenoxydvergiftung.

Von Dr. Otto Scheven, Halsarzt in Frankfurt a. M.
(D. mediz. Wochenschrift 1904, Nr. 6.)

In einem verhältnismäßig geräumigen, 18,5 cbm, 3,20 m Höhe, Badezimmer war durch Benutzung eines Gasbadeofens nach dem System des „Junkerschen Schnellwassersieders" innerhalb der zur Fertigstellung eines Bades nötigen 20 Minuten in der oberen Hälfte des Luftraumes eine Ansammlung von Kohlenoxyd entstanden, die den aus dem Bade sich Erhebenden bewußtlos machte. Nach $1^1/_2$ stündiger Mühe gelang seine Rettung. Ein nochmaliger Versuch tötete die zu diesem Zwecke $^1/_2$ m unter der Decke angebrachte Ratte (Sektion: alle Zeichen der Kohlenoxydvergiftung), betäubte zwei andere auf dem Boden. Die starke Gasverbrennung bewirkt eine Verarmung der Zimmerluft an Sauerstoff, dadurch kommt es zu unvollständiger Gasverbrennung und Bildung von Kohlenoxyd. Verfasser empfiehlt dringend, die Schnellwassersieder mit einem Abzugsrohr zu versehen.

E. Wullenweber-Schleswig.

Eine Belladonnavergiftung.

Von Dr. Stocker, Groß-Wangen.
(Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte, Febr. 1905. Pag. 107.)

Ein $4^1/_2$ jähriger Knabe hatte um 6 Uhr abends wahrscheinlich zwei Beeren der Tollkirsche genossen, die von seinen Schwestern im Auftrage des Lehrers, welcher die Pflanze in seiner Klasse demonstrieren wollte, aus dem Walde mit nach Haus genommen waren. Um 7 Uhr trank er Milch, wurde dann, weil er matt war und ein gerötetes und gedunsenes Gesicht zeigte, von der Mutter, die glaubte er bekäme die Masern ins Bett gebracht. Während der Nacht wälzte er sich häufig umher, schwatzte unverständliches Zeug und fiel mehrere Male aus dem Bett. Am nächsten Morgen um 7 Uhr zeigen sich bei

der ärztlichen Untersuchung ad maximum dilatierte, reaktionslose Pupillen, Rötung des Gesichts und der Bindehäute, starke Unruhe, Puls 130, Temp. 36,4.

Um 9 Uhr morgens wird eine Injektion von Morph. mur. 0,01 gemacht. Da die Unruhe und das Hallucinieren anhält, wird um 2 1/2 Uhr nachmittags dieselbe Dosis wiederholt. Gegen abend scheint geringe Reaktion der Pupillen einzutreten, der Kranke wird etwas ruhiger. In der Nacht folgt noch ein Exaltationsstadium, dann tiefer Schlaf und völlige Genesung in zwei Tagen. J. Meyer-Lübeck.

Arzeneiexanthem nach Aspirin.

Von Dr R. Freund, Danzig.

(Münch. med. Woch. 1905. Nr. 15.)

Verfasser führt drei Fälle seiner Praxis an, in denen nach Dosen von 1,0 Aspirin mit vollkommener Regelmäßigkeit Bläschenausschläge auftraten, welche durch Jucken und Brennen die Patienten sehr quälten. Seelhorst.

Neurologie und Psychiatrie.

Zur Frage der Schlaftrunkenheit.

Von Siefert.

(Archiv f. Kriminal-Anthr., Bd. 16, H 2.)

Ein 32jähriger Fuhrmann Schm., der wegen Körperverletzung, Widerstand gegen die Staatsgewalt bestraft und als roher, gewalttätiger Mensch, der besonders unter dem Einfluß von Alkoholexzessen zu gemeingefährlichen Ausschreitungen neigt, bekannt ist, bewohnt mit einem 60jährigen Handelsmann ein Zimmer zusammen. Er kommt nachts gegen 1 Uhr, nachdem er zehn Glas Bier getrunken hat, angetrunken zurück und wird vom Wirt ins Bett gebracht. Gegen 3 Uhr wird er anscheinend durch ein Geräusch wach und gerät mit seinem Schlafgenossen, den er in der Schlaftrunkenheit möglicherweise für einen Einbrecher hält, in Streit. Im Verlauf der Schlägerei bringt er dem 60jährigen Manne mehrere schwere Verletzungen (Bluterguß ins Gehirn, Fraktur fast sämtlicher Rippen) bei, infolge deren der Handelsmann wahrscheinlich sofort verschied. Schm. hat an diesen Vorgang nur unklare, wahrscheinlich gar keine Erinnerung. Er gehört offenbar zu denjenigen, welche durch vorangehenden gewohnheitsmäßigen Genuß von Alkohol eine gewisse Prädisposition zu pathologischen Rauschzuständen besitzen und bei denen wutartige Paroxysmen durch plötzliche heftige Affekte, insbesondere Schreck, ausgelößt werden können. Das Medizinalkollegium gab dementsprechend das Gutachten dahin ab, daß Schm. infolge seines trunkenen Zustandes Wahnvorstellungen gehabt hat, unter deren Einfluß er die Tat begangen hat.

Hoppe-Uchtspringe.

Zum Thema über die falschen Wahrnehmungen von Verletzten.

Von Hahn.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Ein Polizeimeister glaubt von einem Attentäter einen Schlag in die linke Weiche von vorn erhalten zu haben, tatsächlich ist er durch eine Revolverkugel in den Oberschenkel von hinten verwundet. Hoppe-Uchtspringe.

Eine Gedächtnistäuschung.

Von Hellwig.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Im Anschluß an eigene Erfahrungen weist H. darauf hin, daß phanthasiereiche Personen sich über Dinge, mit denen sie sich lebhaft beschäftigen, so lebhafte Vorstellungen bilden können, daß sie schließlich zu der Überzeugung kommen, mancherlei Umstände, die nur in der Phantasie bestanden, wirklich selbst erlebt zu haben. Diese Personen können dann leicht gutgläubig einen Meineid leisten. Auch die Kenntnis des Volksaberglaubens ist für den Richter sehr wichtig, da er mitunter schon aus verschiedenen Manipulationen schließen kann, daß der Schwörende die Absicht hat, einen Meineid zu leisten.

Hoppe-Uchtspringe.

Gibt es ein pathologisches Plagiat?

Von O. Juliusburger.

(Neurol. Centralbl. 1905, Nr. 4.)

Helen Keller, die bekanntlich schon in frühester Jugend die Fähigkeit des Sehens, Hörens und Sprechens verloren hatte, berichtet in der Geschichte ihres Lebens über ein psychologisch sehr interessantes Ereignis. Als 12jähriges Mädchen schrieb sie eine kleine Geschichte: „Der Frostkönig", die sehr viel Anerkennung und Beifall fand. Es stellte sich jedoch bald heraus, daß eine in Form und Inhalt fast übereinstimmende Geschichte „Die Frostelfen" bereits vor ihrer Geburt erschienen und ihr gelegentlich früher einmal vorgelesen war. Lange Zeit nachher, als sie das Märchen schon so gut wie vergessen hatte, drängte es sich ihr mit solcher Ursprünglichkeit wieder auf, daß sie nie auf den Verdacht geriet, ihre Erzählung könne das Geisteskind eines Andern sein. Helen Keller hatte also ein Plagiat begangen, aber kein bewußtes, sondern ein unbewußtes, ein pathologisches. Jul. erklärt das Vorkommen solcher Plagiate mit einer Sejunctionsstörung in der Gefühlssphäre. Hoppe-Uchtspringe.

Ein Beitrag zur Kasuistik der Simulation von Geisteskrankheit.

Von Glos.

(Archiv f. Kriminal-Anthr., Bd. 16, H. 2.)

Die leichtsinnige, moralisch verkommene Witwe St. läßt sich abends gegen 10 Uhr von den 70jährigen Eheleuten, denen sie Geld schuldete, bei denen sie auch gleichzeitig viel Bargeld vermutete, zur Nacht aufnehmen. Sie versuchte, die Eheleute zunächst durch Rattengift, das sie Schnaps beigemengt hat, zu vergiften. Als dieses mißlingt, erdrosselt sie die Frau im Schlaf und versucht auch den Mann zu würgen, was ihr aber mißlingt. Bei der Gerichtsverhandlung bemüht sie sich in plumper Weise, Geisteskrankheit zu simulieren, indem sie teils epileptische Anfälle, die sie bei ihrem Manne gesehen hat, nachzuahmen versucht, teils vorgibt, allerhand Getier, kleine Schlangen, Mäuse, Ratten, zu sehen, dabei aber leugnet, Säuferin zu sein. Da die Simulation leicht erkennbar war, wurde sie im Sinne der Anklage verurteilt. Kriminalpsychologisch interessant ist, daß ihr die Anregung zur Simulation erst eine bei Gericht gestellte Frage gegeben zu haben scheint. Hoppe-Uchtspringe.

Ein Fall von Leichenschändung.

Mitgeteilt vom Stadtmagistrat Kulmbach.

(Archiv f. Kriminal-Anthr., Bd. 16. H. 2.)

Der außerehelich geborene, 43jährige Gelegenheitsarbeiter A. B., der bei seinen Bekannten stets als schwachsinnig galt und seit längerer Zeit häufig und stark trank, hatte an einem Abend auf nüchternen Magen etwa sechs Glas Bier getrunken. Während er allein im Wirtshaus saß, kam ihm der Gedanke, die Leiche einer 43jährigen, an Lungenschwindsucht gestorbenen Frau zu mißbrauchen. Er schlich sich in das Totenzimmer und versuchte seine Absicht auszuführen. Als ihm die innuissio penis nicht gelang, überkam ihn, wie er angibt, die Wut, und er brachte der Leiche scheußliche Verstümmelungen bei. Der Unterleib war durch zwei große klaffende Schnitte geöffnet, so daß die Gedärme heraushingen, die ganze Schamgegend mit Darm und After herausgeschnitten, die Brustdrüsen abgetragen. Außerdem fanden sich an Brust und Kopf noch zahlreiche Schnitte. Die abgeschnittenen Brüste und Schamteile hatte er mitgenommen und diese dann am nächsten Tage als er eines Gendarmen ansichtig wurde, weggeworfen. A. B. ist geständig und sieht das

Strafbare seiner Handlung ein. Er war bereits wegen verschiedener Unzuchtsvergehen bestraft. Die Natur scheint ihn mit einem außerordentlich lebhaften Geschlechtstrieb, der sich oft zu unersättlicher Geilheit steigerte, ausgestattet zu haben. Bisweilen war seine Begierde so gewaltig, daß er seine schwer geisteskranke Frau auf der Erde begattete, obwohl das Bett nebenbei stand. Selbst ein Gewitter schreckte ihn vor geschlechtlichen Handlungen nicht zurück, so daß einmal der Blitz zwischen seine Beine hindurchfuhr und der auf ihm liegenden Partnerin die Schamteile versengte. Als ihm Gegenstände für seinen Kitzel zu fehlen anfingen, verging er sich an Tieren (Ziegen) und schließlich auch an Leichen. Zu diesem ungeheuer gesteigerten Geschlechtstrieb kamen nun noch die angeborene Minderwertigkeit und der übermäßige Alkoholgenuß hinzu. Man kam daher zu dem Schluß, daß eine freie Willensbestimmung zwar beeinträchtigt, aber nicht ausgeschlossen war. Er wurde zu einer Gesamtstrafe von einem Jahr Gefängnis und sechs Wochen Haft verurteilt. Hoppe-Uchtspringe.

Die Trunkenheit im Militärstrafverfahren.

Von Funk.

(Archiv f. Kriminal-Anthr., Bd. 16, H. 2.)

Eine große Aufmerksamkeit muß der Militärrichter der Trunkenheit, insbesondere den pathologischen Rauschzuständen, zuwenden. Eine große Summe Arbeit bliebe ihm erspart, wenn jede Mannschaftsperson, die wegen eines Verbrechens in Haft gesetzt wird, von einem Arzte sofort auf Trunkenheit untersucht würde, was namentlich in größeren Garnisonen keine Schwierigkeiten böte. So lange der Arzt nicht im administrativen Vorverfahren herangezogen wird, muß die Tätigkeit des Militärrichters dahin gerichtet sein, Material für die Sachverständigen herbeizuschaffen. Dazu ist für ihn aber auch eine gewisse Kenntnis von den pathologischen Rauschzuständen, die nach körperlichen Anstrengungen, Affekten, Trinken bei nüchternem Magen, schon nach kleinen Alkoholmengen eintreten können, dringend notwendig. Hoppe-Uchtspringe.

Die Ermordung eines fünfjährigen Knaben. — Aberglaube des Mörders.

Von Y.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Der 35 jährige Spengler St., welcher wegen unzüchtiger Handlungen, Diebstahl usw. vorbestraft ist, mißbraucht einen 5jährigen Knaben geschlechtlich. Als darauf die Eichel des Knaben sich entzündete und die Vorhaut sich nicht zurückbringen ließ, überkam ihn die Furcht vor Entdeckung. Um einer solchen vorzubeugen, beschloß er den Knaben umzubringen. Er würgte ihn etwa fünf Minuten, bis er sich nicht mehr rührte. Während er über die Beseitigung der Leiche nachdachte, erinnerte er sich, gelesen zu haben, daß das Pulver von Organteilen junger Kinder wunderbare Kräfte habe. Er beschloß daher, die betreffenden Teile zu entnehmen und schnitt sie mit einem Taschenmesser heraus. Auch die Geschlechtsteile entfernte er, angeblich um die Spuren des geschlechtlichen Mißbrauchs zu entfernen. Nach der Sektion ist es wahrscheinlich, daß der Knabe zur Zeit dieser Verstümmelungen noch lebte und daß der St. das Messer brauchte, während sein Opfer noch zu einer Abwehr fähig war. St., bei dem die Sachverständigen eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit verneinten, wurde von den Geschworenen des Mordes für schuldig befunden. Hoppe-Uchtspringe.

Impotenz und Meineid.

Von Ungewitter.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Ein Bauernsohn, der populär-medizinische Schriften gelesen hatte, versicherte Frauenzimmern gegenüber, damit diese sich ihm leichter hingäben, daß er impotent sei. Als er in einem Falle jedoch zur Zahlung der Alimente verurteilt wurde, leistete er einen falschen Offenbarungseid. Nach der Verurteilung wegen Meineid behauptete er, geisteskrank zu sein. Nach dem Gutachten der Sachverständigen leidet er nicht an einer ausgesprochenen Geisteskrankheit, aber an der Wahnvorstellung (!), impotent zu sein, auch sei er geistig beschränkt und schwer belastet. Hoppe-Uchtspringe.

Psychiatrische Begutachtung bei Vergehen und Verbrechen im Amt eines degenerativ-homosexuellen Alkoholisten.

Von Weygandt.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Ein etwa 35jähriger Oberamtrichter, dessen Vorfahren zum größten Teil Trinker und Sonderlinge waren, vergeht sich verschiedentlich gegen die §§ 349—350. (Urkundenfälschung— Unterschlagung). Er selbst hat eine verkehrte Erziehung genossen, ist von Jugend auf dem Alkohol ergeben und zeigt auch vielfach homosexuelle Neigungen, ohne jedoch in dieser Beziehung die Grenzen des Strafgesetzbuches zu überschreiten. Eine Beeinflussung der Willensbestimmung durch die degenerative Veranlagung und Trunksucht liegt zweifellos vor, aber diese Beeinflussung war keineswegs so hochgradig, daß ihm vom ärztlichen Standpunkt der Schutz des § 51 zuzubilligen war. So einstimmig und energisch auch die Sachverständigen eine verminderte Zurechnungsfähigkeit geltend machten, so zwecklos waren ihre Bemühungen in diesem Fall. Der Vertreter der Anklage erklärt ihnen schlankweg, die verminderte Zurechnungsfähigkeit sei eine ärztliche Konstruktion, aber kein juristischer Begriff; der Verteidiger dagegen warf die Frage auf, um wie viel Prozent etwa die Zurechnungsfähigkeit vermindert sei, worauf die Sachverständigen mit durchaus begreiflicher Reserve ihrer Meinung dahin Ausdruck gaben, daß die Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten als um zwei Drittel (!) gemindert angesehen werden könne.

W. hält im Anschluß an diesen Fall die Einführung des Begriffs der geminderten Zurechnungsfähigkeit, wie er ehedem bestand, nicht für zweckmäßig, wesentlich wichtiger sei die Frage der zweckmäßigen Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen. Hoppe-Uchtspringe.

Über psychische Störungen nach Warzenfortsatzoperationen.

Von Dr. Fritz Großmann-Berlin.

(Zeitschrift für Ohrenheilkunde, Bd. 49, Heft 3/4.)

Psychosen nach operativen Eingriffen gehören nicht zu den allergrößten Seltenheiten; auf ohrenärztlichem Gebiete aber sind ihrer bisher nur ganz wenige beobachtet worden. Großmann stellt aus der Literatur vier derartige Fälle zusammen, doch sind diese alle vier nicht ganz einwandfrei. Anders verhält es sich mit vier weiteren Fällen, die Großmann aus dem Material der Lucaeschen Klinik bekannt gibt. Bei einem achtzehn Jahre alten Mädchen traten sechs Tage nach Aufmeißelung des rechten Warzenfortsatzes die Symptome eines ausgesprochenen halluzinatorischen Deliriums mit Verfolgungsideen auf, bei dem depressive und manische Vorstellungen schnell mit einander abwechselten. Nach etwa zwei Monaten war die Psyche wieder normal. In den drei andern Fällen handelte es sich um Männer — 46, 59 und 51 Jahre alt —, bei denen sich im Anschluß an eine Warzenfortsatzoperation depressive Vorstellungen hypochondrisch-melancholischer Art unter dem typischen Bilde des sekundären traumatischen Irrenseins entwickelten; von den Kranken endeten zwei durch Selbstmord in der an der Klinik vorüberfließenden Spree, während der dritte erhängt aufgefunden wurde.

Was die Häufigkeit ihres Vorkommens betrifft, so berechnet Großmann zwei postoperative Psychosen auf 1000 Warzen-

fortsatzoperationen. Als prädisponierende Momente hebt er hervor die durch die Mittelohreiterung bedingte Schwächung des Gesamtorganismus und die beim Auftreten von Komplikationen zu verzeichnende Autointoxikation des Körpers; besonders aber seien die Erschütterungen des Kopfes und des Schädelinnern durch das Meißeln am Warzenfortsatze und auch die Nachbehandlung der Wunde in der Nähe des Gehirns geeignet, gerade bei otochirurgischen Eingriffen dem Entstehen von Psychosen Vorschub zu leisten.

Prophylaktisch wird daher empfohlen, den Gebrauch des Meißels bei der Warzenfortsatzoperation nach Möglichkeit einzuschränken und dafür zu sorgen, daß die Meißel stets aufs schärfste geschliffen sind, weil dann die Erschütterung des Meißelschlags auf das geringste Maß zurückgeführt bleibt. Auch soll die Lumbalpunktion unmittelbar vor der Mastoidoperation tunlichst vermieden, jedenfalls aber nur bei ganz strenger Indikation vorgenommen werden.

Sorgfältige Überwachung der Operierten beim Auftreten psychischer Erscheinungen, besonders hypochondrisch-melancholischer Verstimmung, ist dringend notwendig, weil dann die Gefahr eines Selbstmordes droht. Richard Müller-Berlin.

Über die geläufigste Form der traumatischen Neurose.

Von Dozent Dr. S. Erben in Wien.

(Wiener med. W.-Schr. 1904, Nr. 5.)

In klarer, kurzer Weise faßt Verfasser die subjektiven und objektiven Erscheinungen der traumatischen Neurose und die erfolgreichsten Untersuchungsverfahren zusammen. Vor allem wird von den Kranken geklagt über Schwäche, Schmerzen und Gebrauchsbehinderung der betreffenden Körperteile, über Reizbarkeit, Gedächtnisschwäche, Schwindel, Ohrensausen, Zittern, Abmagerung. Zu allermeist treten diese Beschwerden nicht sofort nach dem Unfall, sondern wochenlang nach dem Unfall auf und blieben in derselben Schwere bestehen, trotz oft behaupteter Verschlechterung des Zustandes. Gewöhnlich sind die Angaben sehr allgemein gehalten und unterscheiden sich dadurch von denen des sie ausbauenden Neurasthenikers.

Objektive Untersuchung: nach Schädelverletzungen ist natürlich der Schädel Sitz von Klagen. Druck auf etwaige Narben bringt oft Pupillenerweiterung hervor, beeinflußt die Gesichtsfarbe, beschleunigt den Puls (passagere Pulsbeschleunigung — Mannkopf). Diese „traumatische Herzreaktion“ findet sich aber nicht immer. Auch nach Verletzungen, die nicht den Schädel betrafen, kann das Zentralnervensystem erkranken.

Auge: Schwer oder unmöglich zu simulieren ist das Rosenbachsche Merkmal: der feste Lidschluß ist unmöglich, die Augenlider fangen bald an in schnellen Zuckungen zu flattern. Die Pupillengröße schwankt oft ohne äußere Ursache. Bei Prüfung mit Lichteinfall verengert sich die Pupille des nicht verdeckt gewesenen Auges, um schnell sich wieder zu erweitern: erhöhte Reizbarkeit und rasche Ermüdung des Pupillensphinkters. Ziemlich oft kommt Empfindungslosigkeit der Hornhaut vor.

Die Würdigung der Gesichtsfeldeinengung ist verschieden; sie soll bei $1/4$—$1/3$ % der Untersuchten sich finden. Verfasser gründet auf sie als alleiniges objektives Zeichen nicht die Annahme einer Neurose.

Herz: Selten fehlt Beschleunigung des Pulses, noch weniger vermehrte Reizbarkeit des Herzens: auf verhältnismäßig geringe Bewegungen starke Beschleunigung, oft für länger als fünf Minuten, dabei Kurzatmigkeit, Blässe des Gesichts, auch Schweißausbruch. Vermehrte Reizbarkeit aber auch des pulsverlangsamenden Vagus wird bewiesen durch den sehr deutlichen Versuch: man läßt den Kranken in hockender Stellung tief atmen, nach einigen Pulsschlägen tritt Verlangsamung ein, nach dem Erheben wieder Beschleunigung.

Schwindel, fast ausnahmslos geklagt. Oft ist er auf Ohrverletzungen zu beziehen; dann zeigt sich geringere Hörfähigkeit für hohe Töne oder Schwächung der Kopfknochenleitung, auch (Pollak) stärkere Reaktion des verletzten Akustikus auf geringere elektrische Ströme als normal, gelegentlich Übelkeit und Erbrechen. Bei wenigen Umdrehungen und plötzlichem Anhalten Nystagmus der in die Ferne blickenden Augen (Purkinje).

Schwindel nach Bücken wird glaubhaft, wenn hierbei starker Blutandrang zum Kopf und etwa auch Nystagmus auftritt. Neurasthenischer Schwindel tritt weniger zu Hause, als auf der Straße auf.

Zittern: an dem verletzten Gliede allein, an den beiden Gliedern derselben Körperhälfte oder allgemein, schnellschlägig und kleinwellig. Bei Festhalten von vier Fingern zittert der freie fünfte weiter.

Rombergsches Symptom: Simulation liegt vor, wenn jemand bei Augenschluß sofort hinstürzt oder schwankt trotz Gehaltenwerdens.

Die Sehnenreflexe — vieldeutig — sind meist gesteigert.

Die Ermüdbarkeit wird bewiesen durch schnelles Auftreten von Kurzatmigkeit und ungewöhnlicher Pulsbeschleunigung.

Solche objektiven Zeichen beweisen eine traumatische Neurose. Ist keins von ihnen vorhanden, so glaubt Verfasser den subjektiven Beschwerden nur, wenn nach dem Unfall Nervensymptome beobachtet wurden oder eine schwere Schädelverletzung stattgefunden hat.

Einzelne Zeichen werden oft hinzugedichtet, um die Neurose schwerer erscheinen zu lassen (Aggravation).

Leichtere Neurosen können anfangs mit $1/3$—$1/2$ Einbuße der Erwerbsfähigkeit geschätzt, später bei Besserung allmählich geringer entschädigt werden; auch schwerere kommen nach Jahren zur Besserung oder Heilung. Während aber eine Behandlung wenig aussichtsvoll ist, haben die Bemühungen auf Verhütung der Entstehung einer traumatischen Neurose frühzeitig einzusetzen. Nach anfänglicher Ruhe sind die Unfallverletzten unter beruhigendem, belehrendem Zuspruch und Stärkung ihres Selbstvertrauens allmählich wieder an Arbeit zu gewöhnen. E. Wullenweber-Schleswig.

Ein Fall von Schrecklähmung mit Krankenvorstellung.

Von E. v. Leyden. Nachtrag von P. Lazarus.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905. Nr. 8, Pg. 193.)

Leyden stellte in der Versammlung der Charitéärzte am 12. Januar 1905 ein 16 jähriges Dienstmädchen vor, welches durch einen plötzlichen, intensiven Schrecken an allen vier Extremitäten völlig gelähmt war. Das junge Mädchen war durch den Versuch eines Einbruchsdiebstahls am 29. Dezember v. J. stark in Schrecken versetzt, aus dem Zimmer gelaufen und eine Treppe hinunter gefallen, ohne sichtbare äußere Verletzungen davonzutragen. Sie zitterte vor Schrecken an allen Gliedern, konnte aber noch an den nächsten beiden Tagen ihren Dienst versehen. Am nächsten Tage traten heftige Kopfschmerzen auf und 60 Stunden nach dem psychischen Insult begann eine zunehmende Mattigkeit in allen Gliedern, die bis zum 2. Januar zu einer völligen Lähmung sämtlicher Glieder führte. Es bestand außerdem Urinretention und Inkontinenz des sphincter ani., ferner vollständige taktile und thermische Anaesthesie. Sensorium, Sprache und Sinnesorgane waren normal. Sehnenreflexe an Armen und Beinen vorhanden, Pupillenreflexe normal. Die inneren Organe funktionierten intakt. Es bestand kein Decubitus.

L. hielt den Fall für eine hysterische Lähmung und nahm an, daß es sich um eine Erschütterung der cerebralen bzw. der spinalen Centren handelte, welche zu einer Hemmung der normalen Leitungsvorgänge im sensiblen und motorischen System führte.

Am 2. Februar bereits konnte P. Lazarus den Fall als völlig geheilt vorstellen. Die Behandlung war eine psychisch, suggestive gewesen. Die durch einen psychischen Shock verursachte Lähmung wurde gleichfalls durch psychische Einwirkungen im Mantel gymnastischer und elektrischer Heilverfahren zum Verschwinden gebracht. J. Meyer-Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Das Anschwellen der Invalidenrenten.

Diskussion in der Sitzung der Gesellschaft für soziale Medizin am 11. Mai 1905

Wie vorauszusehen war, kam es zu einer ausführlichen Debatte über die von Herrn Geh. Rat Bielefeldt gegen die ärztliche Begutachtung erhobenen Anschuldigungen und Vorwürfe. Dabei zeigte sich ein wesentlicher Unterschied in den Anschauungen der praktizierenden Ärzte und der an der Diskussion sich beteiligenden Juristen.

Als erster Redner spricht Generalarzt Körting. Er will das Anwachsen der Invalidenrenten nicht als Erscheinung für sich betrachtet wissen, sondern stellt es zusammen mit dem Anwachsen der Unfallrenten und der Armee-Invaliden. Auch die Zahl der letzteren steige beträchtlich. Er stehe vollkommen auf dem Standpunkte des Reichschatzsekretärs Thielmann, daß die Begehrlichkeit nach der Rente im Wachsen begriffen sei.

Ein ausgebreitetes Winkelkonsulententum veranlasse und belehre in der Erhebung von Rentenansprüchen; es herrsche ein ausgedehntes Querulantentum, das alle Kniffe, irgend eine Unterstützung zu erlangen, kenne. Zweitens weise er auf die Schiedsgerichte hin, die nach ihrer Zusammensetzung entgegen den gewiegtesten ärztlichen Gutachten entscheiden. Schließlich empfiehlt Redner ein einheitliches exaktes Attestformular und genaue Dienstanweisung für die begutachtenden Ärzte.

Guttstadt weist zunächst auf die überraschende Wendung in der Auffassung der leitenden Stellen über die Bedeutung der ärztlichen Atteste hin. Wolle man Bielefeldts Anforderungen entsprechen und den Ärzten die Kenntnis vom ortsüblichen Lohn verschaffen, so müsse man die gewerblichen und medizinischen Topographien, die sich in den sechsziger Jahren zu allgemeiner Zufriedenheit bewährt hätten, wieder aufnehmen und jedem Arzt eine derartige Information zustellen. Was ferner die Arbeitsgelegenheit der Verkrüppelten und Verstümmelten betrifft, so könne sich bisher der Arzt unmöglich hiervon Kenntnis verschaffen. Denn es fehle an grundlegenden Erhebungen. Er schlage daher vor, in das Formular für die künftige Berufszählung eine Frage nach Art und Ursache der Verkrüppelung für die gewerblichen Betriebe aufzunehmen.

Becher führt die Vermehrung der Anträge auf die Invalidenrente darauf zurück, daß die Versicherung allmählich immer mehr bekannt werde. Viele Personeu werden freiwillige Mitglieder der Krankenkassen, um die Anwartschaft auf die Alters- und Invalidenversicherung zu haben. Zahlreiche Anträge gingen jetzt im Gegensatz zu früher von den Assistenten der Krankenhäuser aus. Eine vollkommene Verschiebung und Mehrbelastung der Versicherung sei durch die Aufnahme der Frauen erfolgt. Diese werden durch Geburten, gynäkologische Operationen und Anämien viel rascher invalide. In zahlreichen Betrieben seien die Arbeiterinnen vorwiegend (z. B. in der Berliner Glühlichtindustrie $^4/_5$ der Gesamtarbeiterschaft). Ferner kommt als Quelle der Mehrbelastung die Gruppe der ungelernten Arbeiter in Betracht, die eher Unterstützung mangels der Arbeitsgelegenheit beanspruchen. Überhaupt ist es mit dem Übergang von einem Beruf zum andern schlecht bestellt eben wegen der mangelnden Arbeitsgelegenheit. Ehe man den Ärzten das Anwachsen der Invalidenrenten zur Last legt, sind über diese Punkte genügende Untersuchungen erforderlich.

Was die ärztliche Ausbildung zur besseren Begutachtung betrifft, so empfiehlt B. eine Verbindung der Ärztekammern mit den Landesversicherungsanstalten, um alle in Betracht kommenden Arbeitsverhältnisse zu studieren und die Ärzte des Bezirkes über die gewonnenen Resultate zu belehren.

Im übrigen solle man von dem Arzt nur eine genaue Krankengeschichte und dazu eine epikritische Bemerkung verlangen. Der Nachweis des Anwachsens der Invalidenrenten, dies betont B. nochmals, ist bisher nicht erwiesen.

Reib. Man müsse zwischen Stadt und Land unterscheiden. Auf dem Lande werden nach seinen langjährigen Erfahrungen die Bewerbungen um Invalidenunterstützung tunlichst unterlassen, weil es dem Rentenempfänger sehr schwer falle, anderweitig Arbeit oder Unterstützung zu bekommen. Zu betonen ist, daß wer erwirbt, nicht erwerbstähig zu sein braucht; gibt es ja notorische Tuberkulöse, die arbeiten, trotz sicherer Erwerbsunfähigkeit. Je besser der Staat für die Invaliden sorgt, einen um so höheren Stand der Kultur weist er auf. Also seien die Mehrausgaben für die Invaliden an sich nicht zu beklagen.

Grotjahn. Die praktischen Ärzte kommen nur selten in die Lage, Invalidenatteste abzugeben. Bei 23C0 Kassenpatienten in einem Jahre habe er nur 13 Atteste ausgestellt. Daher befürworte er, diese Begutachtung einem besonderen Vertrauensarzte zu übertragen. Sehr schwierig sei die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und immer mehr zeige sich die Notwendigkeit einer besonderen Wissenschaft, der Physiologie der Arbeit. Auf dem Gebiete der Ermüdungslehre seien bereits die ersten Ansätze hierzu vorhanden. Es sei auch Aufgabe der Gesellschaft für soziale Medizin auf diesem rein theoretischem Arbeitsfelde sich zu betätigen.

Der nächstfolgende Redner Pielicke, langjähriger Vertrauensarzt der Landesversicherungsanstalt Brandenburg, schließt sich dem Standpunkte Bielefeldts an und entwickelt ausführlich, wie die Erwerbsfähigkeit danach zu beurteilen sei, ob es sich um eine mehr geistige oder grobe Arbeit oder einen ungelernten Arbeiter handele. Je nachdem der Bewerber einer dieser drei Gruppen angehört, gestaltet sich für ihn der Übergang zu einer anderen Beschäftigung und danach die Beurteilung der Invalidität verschieden. Er habe gefunden, daß gerade auf dem Lande die Ärzte, infolge ihrer Abhängigkeit von Gutsbesitzern, Gemeindevorstehern und anderen Behörden, denen an der Entlastung der Armenpflege gelegen ist, gern die Bewerbungen der Invalidenanwärter unterstützen.

Auch er bekämpft die gegenwärtige Zusammensetzung der Schiedsgerichte, da sich deren Mitglieder, obwohl Laien, ein kompetentes Urteil über schwierige ärztliche Gutachten zutrauen.

Landsberger weist darauf hin, daß die Rentenanträge im Gegensatze zu den Bewilligungen sinken; diese Erscheinung sei noch zu erklären. Die Revisionskommission habe bekanntlich Massenarbeit gemacht und an einem Tage hundert Nachprüfungen vorgenommen, so daß, wie die „Ärztl. Sachverständ. Zeitung" bemerkte, die Richtigkeit hinter der Fixigkeit zurückblieb. Vielleicht war damals ein gut Teil berechtigter Ansprüche zurückgewiesen worden. Die außerordentlichen Anforderungen, die Bielefeldt an die gutachtliche Tätigkeit der Ärzte stellt, sind schwer zu berücksichtigen. Auf diesem Punkt geht auch Munter näher ein. Endlich sollten doch die seit langem ausgesprochenen Wünsche der Ärzte, den medizinischen Unterricht und zwar schon bei dessen Beginn, auch auf die soziale Gesetzgebung auszudehnen, erfüllt werden. Freilich unterrichten schon jetzt einige Dozenten die Hörer auch über die sozialen Folgen der Krankheiten. Der schlimmste Fehler in der Begutachtung —

veranlaßt dadurch, daß man durchaus vom Arzte Erklärungen verlangt, die über seine beruflichen Kenntnisse herausgehen — ist die schablonenhafte Beurteilung des Grades der Erwerbsunfähigkeit. Ein und derselbe Kranke kann von verschiedenen gewissenhaften Gutachtern, hinsichtlich des Grades der Erwerbsunfähigkeit, verschieden taxiert werden. Um die gegenwärtige Unzulänglichkeit der Schiedsgerichte zu beseitigen, empfehle sich ebenfalls die Ausführung eines seit langer Zeit von den Ärzten geäußerten Wunsches, die Zuziehung eines ärztlichen Beirates. Das Anwachsen der Invalidenanträge führt Munter zurück auf die wachsende socialpolitische Aufklärung, genau so wie dieselbe auch bei den Krankenkassen, die ursprünglich als Wohltätigkeitsinstitut angesehen wurden, sich immer mehr geltend macht, und eine erhöhte Inanspruchnahme zur Folge hat.

W. Heymann. Den geringsten Teil der Schuld an dem Anwachsen der Invalidenrente tragen die Ärzte. Die Zahlen der Bewilligungen vor 1900 waren subnormal, jetzt erst verbreitet sich die Erkenntnis von dem Recht auf Rente. Es gibt eine labile und dauernde Invalidität; der ersteren entspricht die nach Ablauf der obligatorischen Krankenunterstützung eintreffende Rente, die nach der möglichen Änderung der Krankheit zurückgezogen werden kann. Die Rente für dauernde Invalidität stellt eine Entlastung der Armenpflege dar. Aus diesem Grunde wird auf dem Lande von dem Amtsvorsteher selbst der Antrag auf Invalidität ausgestellt. Die Ärzte können nicht bei der miserablen Bezahlung der Atteste sich allwissend zeigen, das müssten sie den Juristen überlassen. Die Beisitzer der Schiedsgerichte haben oft kein Urteil über den Beruf des Petenten. Übrigens wenden sich die Vorwürfe Bielefeldts weniger gegen die praktischen Ärzte, die ja wie bereits hervorgehoben wenig Atteste abzugeben hätten, als gegen die Vertrauens- und besonders die Kreisärzte.

Geh. Rat Zacher erklärt seine vollste Zustimmung zu den Ausführungen Bielefeldts. Auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen bemängelt er die theoretische Ausbildung der Ärzte auf diesem Gebiete. Er betont ganz energisch das Simulantentum, das sich in der gesamten Arbeiterversicherung geltend machte. Hier werden überall diejenigen Ärzte überlaufen, von denen der Hilfesuchende am meisten erwartet, und mit deren Hilfe er durchzukommen hofft. Man sehe das besonders bei den Saisonarbeitern, die sich nach Beendung der Beschäftigung krank melden. Daher sei zu fordern, daß der Arzt von seiner Klientel unabhängig werde. Er gebe den Vorständen der Krankenkassen Recht, das die Krankenversicherung gegenwärtig eine Arbeitslosenversicherung sei und befürchte eine schwere Demoralisierung der Arbeiter durch die soziale Versicherung. Im Ausland bespotte man die überhumanen Deutschen, welche viel Geld für Verkrüppelte und Verstümmelte verschwenden, statt dieselben der natürlichen Auslese zu überlassen.

Feilchenfeld (Charlottenburg) verlegt ebenso wie Becher den Schwerpunkt der Begutachtung auf Krankengeschichte und Epikrise. Der Arzt soll bei der Abfassung des Attestes wissen, das dieses nicht Laien sondern einem Arzte (dem Vertrauensarzte) vorgelegt werde. Den Tag des Beginns der Invalidität zu bestimmen, sei unmöglich. Was die mehrfach betonte „Begehrlichkeit" betrifft, so ist diese bei den Gebildeten viel weiter verbreitet als bei den Arbeitern.

Becher: Zur Ausstellung von Invalidenattesten werden in Berlin namentlich Spezialärzte für innere Leiden aufgesucht. B. wendet sich gegen Geh. Rat Zacher; die deutsche Arbeiterversicherung sei im Auslande nach seinen Erfahrungen nur Gegenstand des Lobes und der Bewunderung gewesen.

Mayet: Es werden auf der einen Seite vom Arzte praktische nationalökonomische Kenntnisse verlangt, andererseits sind bekanntlich die Lohnverhältnisse noch durchaus fließend. Die 10000 Berufsarten, die es gibt, kann der einzelne Arzt nicht studieren. Deshalb verlangt M. die Einrichtung besonderer Spezialisten, welche für bestimmte Gruppen von Berufen fest angestellt werden sollen. Diese sollen dann die Gutachter über die Invalidität der Angehörigen eines bestimmten Berufes werden.

Diese volle zwei Stunden in Anspruch nehmende Diskusion war nicht erschöpfend, aber sehr lehrreich. Die eine Tatsache ergibt sich zunächst bestimmt aus ihr, daß die ärztliche Gutachtertätigkeit und das Anschwellen der Invalidenrenten nur in einer verschwindenden Anzahl von Fällen den von Bielefeldt angenommenen Causalzusammenhang besitzen. Das geht auch schon daraus hervor, daß die Neubewilligung der Renten jährlich weit über 100000 beträgt, während die Zahl der infolge der Tätigkeit der Revisionskommissionen in Abstrich gekommenen Bewilligungen nur 10000 betrug. Man verfährt also richtiger, Ansteigen der Invalidenrenten und ärztliche Gutachtertätigkeit gesondert zu betrachten. Was nun die erstere Erscheinung betrifft, so empfiehlt es sich, die Beantragungen von den Bewilligungen zu trennen. Kann denn tatsächlich die so viel verschrieene Begehrlichkeit eine Ursache des Anwachsens sein? Wer diese Frage bejaht, gibt ohne weiteres zu, daß die Instanzen des Vertrauensarztes, des Schiedsgerichts und des Reichsversicherungsamtes in ihrer gegenwärtigen Beschaffenheit nicht ausreichen, um eine gehörige Siebung der Simulanten und der Begehrlichen vorzunehmen. Sind etwa die Ärzte an der Karriere des modernen Arbeiters schuld? Lange genug haben wir die Zuziehung eines ärztlichen Beirates gewünscht. Was könnte denn aus dem Rückgange der Anträge geschlossen werden? Zunächst doch nur, daß viele Personen ihres begründeten Rechtes auf Invalidenunterstützung sich enthalten.

Also die Begehrlichkeit kann doch im Ernst keine Ursache für das Anwachsen der Invalidenrente sein. Man sollte meinen, daß diejenigen Herren, die jahrelang in der Praxis des Reichsversicherungsamtes tätig sind, wenigstens die Resultate der medizinischen Forschung über den Begriff der Simulation anerkennen. Man fühlt sich in die Zeit zurückversetzt, da die traumatischen Neurosen von den Vertrauensärzten als offenkundige Simulation, ja Betrug, angesehen wurden; bekanntlich erkrankten aber auch nicht versicherte Personen an traumatischer Hysterie. Auf einen Hauptgesichtspunkt für das Anwachsen der Invalidenrenten wies Becher hin. Es gelangen Personen in die Versicherung, die zur vorzeitigen Invalidität prädestiniert sind. Dahin gehören nicht nur die Frauen, sondern alle Personen mit primär beschränkter Erwerbsfähigkeit, welche zum Erwerben gezwungen sind. Nicht erwähnt wurden in der Diskussion die Beschäftigungsart und das Milieu des Arbeiters, welche ebenfalls den vorzeitigen Eintritt der Invalidität befördern. Es gehören hierher 1. die in den bekannten giftigen Industrien tätigen Arbeiter. Wer zehn Jahre mit Blei zu tun hat, wird nicht nur Berufsinvalide, sondern besitzt auch, da nur das Blei, nicht die organischen Veränderungen aus dam Körper schwinden, die besten Anlagen zu früher reichsgesetzlicher Invalidität. 2. Die bekannte Trias der elenden und teuren Wohnungsverhältnisse, der Unterernährung, des Alkoholismus dürfte ebenfalls als Ursache in Betracht kommen. Das alles müßte näher untersucht werden und — last not least — die Möglichkeit, daß die gegenwärtige Generation früher zur Invalität neigt, die Rassendegeneration ist auch in Erwägung zu ziehen.

Mit W. Heymann muß man zwischen vorübergehender und dauernder Invalidität unterscheiden. Die Prophylaxe der ersteren fällt den Krankenkassen als dem Heilapparat der Arbeiterversicherung zu. Je leistungsfähiger, je zentralisierter dieselben sind, desto weniger erforderlich sind für die Invaliditätsversicherung eigene Heilstätten. Also auch die Zentralisierung der sozialen Versicherung ist hier von Bedeutung.

Die dauernde Invalidität ist nur ein Teilbegriff der Armut. Genau wie die Kranken- und Unfallversicherung, dient auch die Invaliditätsversicherung der Entlastung der Armenpflege. Wie in früheren Zeiten eine Stadtgemeinde der andern die Armen aufzubürden suchte, so bemühen sich heute die Gemeinden ihre Armen an die staatliche Versicherung abzuwälzen.

Nicht immer ist die Rente das beste Heilmittel für die Invalidität; im Gegenteil, eine geeignete Arbeitsstelle ist meistens vorzuziehen. Daher sind die von Guttstadt geforderten Erhebungen über die Arbeitsgelegenheit an Verkrüppelte notwendig. Arbeitsnachweis, Arbeitslosenversicherung und Armenpflege sind der zentralisierten Arbeiterversicherung anzugliedern.

Zur Reform des Invalidenattestes brachte die Diskussion mancherlei Vorschläge. Seitens der Ärzte wurde gefordert, der Rahmen der medizinischen Sachverständigentätigkeit solle inne gehalten und der Hauptwert auf die Krankengeschichte gelegt werden. Wenn man einem Vorschlage des Berichterstatters*) näher tritt, so können durch das ärztliche informatorische Attest über Krankheiten und Unfälle, die mit Beschränkung der Arbeitsfähigkeit verknüpft sind, hausärztlicher Unterlagen über die primär Erwerbsunfähigen und Schwerverletzten gewonnen werden. Diese Atteste dienen zugleich als Unterlagen für die Beurteilung später eintretender Invalidität. Daß die gegenwärtige Honorierung der ärztlichen Gutachten in der sozialen Versicherung völlig unzulänglich ist, ferner das Fehlen eines mitbeschließenden ärztlichen Beirats in den Schiedsgerichten, ist oft genug beklagt worden.

Den wesentlichen Streitpunkt auf dem Gebiete der Begutachtung bildet die Frage, ob der Arzt sich über den Grad der Erwerbsfähigkeit, über die veränderte Erwerbsmöglichkeit und andere technisch-juristische Wünsche sich äußern soll, die er, weil außerhalb des Rahmens seines medizinischen Wissens liegend, nur nach subjektivem Ermessen beurteilen kann, da wir von einer wissenschaftlichen Physiologie und Pathologie der Arbeit noch weit entfernt sind. Wenn man diese Frage bejaht, so bietet allerdings der Vorschlag Mayets, welcher der Anstellung von Ärzten als Fabrikinspektoren ganz nahe kommt, einen Anhalt zur Reform der Tätigkeit der Vertrauensärzte, die bekanntlich oft genug subjektiv im Sinne der Ersparnisse der sie anstellenden Versicherung urteilen. Mayet will den Vertrauensarzt in einen Spezialarzt umwandeln, der die einschlägigen Verhältnisse in den Arbeitsstätten, also ein praktisches Teilgebiet der sozialen Medizin, genau kennen soll. Ehe wir aber die Realisierung dieses Vorschlages erleben, empfiehlt es sich, die Fragen, die sich auf die Erwerbsfähigkeit und auf die Erwerbsmöglichkeit beziehen, dem ärztlichen Gutachter zu erlassen und einer gemischten Kommission, zu der nicht nur Juristen und Laien, sondern auch Ärzte, Arbeitgeber, Arbeitnehmer und technische Sachverständige gehören müssen, zur Entscheidung zu übergeben. Eisenstadt.

*) Monatsschrift für soziale Medizin, Bd. I.

Unzuchtsverbrechen an Kindern.

Vortrag von Dr. F. Leppmann in der Psychologischen Gesellschaft zu Berlin am 18. Mai 1905.

Es erregt Befremden und Beunruhigung, daß Kinderschändungen so häufig und von Angehörigen verschiedenster Gesellschaftsklassen verübt werden. Der Laie nimmt an, daß nur besonders rohe und wüste oder aber geistig abnorme Menschen dazu imstande seien. Denn der normale Geschlechtstrieb richte sich nur auf reife Individuen und es sei Gelegenheit genug, ihn auf rechtszulässige Weise zu befriedigen.

In Wirklichkeit aber kann die Gelegenheit zu normalem Geschlechtsverkehr sehr eingeengt, ja aufgehoben sein, entweder durch zufällige soziale Umstände, oder dadurch, daß einzelnen Menschen diejenigen Eigenschaften fehlen, welche zur Erlangung geschlechtlicher Gunst von Erwachsenen notwendig sind.

Dagegen ist Gelegenheit zur Verlockung von Kindern überall leicht gegeben, da sich allerorts unbeaufsichtigte Kinder herumtreiben, welche teils aus Unverstand (jüngere Kinder) teils auch aus bereits erwachter Lüsternheit (Mädchen von 12—13 Jahren) den Männern folgen, die sich mit Versprechungen oder Drohungen an sie heranmachen. Eine besonders nahe Gelegenheit zur Verführung von unreifen Mädchen bieten auch autoritative Verhältnisse, insbesondere das der Erzieher (Lehrer, Geistliche) zu den Kindern.

Es muß freilich zu der Gelegenheit immer noch der Reiz hinzutreten. Es gibt aber mannigfache Bedingungen, unter denen auch unreife Individuen einen Geschlechtsreiz auslösen können. Längst nicht bei allen Menschen ist die Richtung des Geschlechtstriebs auf erwachsene Personen des andern Geschlechts so fest und unabänderlich, daß sie unter allen Bedingungen ausschlaggebend bliebe.

Weit verbreitet ist eine mehr oder weniger vollständige geschlechtliche Wahllosigkeit. Sie tritt am krassesten zutage bei Geistesschwäche verschiedenster Entstehung und bei augenblicklicher Alkoholwirkung. Aber auch ohne solche grobe Gehirnschädigungen genügen für viele Menschen bestimmte äußere Bedingungen, um den Geschlechtstrieb auch durch Unerwachsene auslösbar zu machen. Hierzu gehört insbesondere der Anblick unbekleideter oder wenig verhüllter weiblicher Körper, wie er zumal bei engem Zusammenwohnen sich aufdrängt. (Sehr häufig sind Kinderschändungen durch Schlafburschen und Stiefväter.) In derselben Weise wirkt die Verführung von Männern durch unreife Mädchen selbst.

Eine weitere Ursache für die Auslösbarkeit geschlechtlichen Reizes durch Unerwachsene ist jeder Zustand geschlechtlicher Übererregung. Manche pathologische Naturen sind dauernd in diesem Zustand, manche zeitweise. Zu ersteren gehören viele Schwachsinnige, Neurastheniker und eine besondere, durch Steigerung des Trieblebens gekennzeichnete Gruppe erblich belasteter Minderwertiger; zu letzteren manche Epileptiker und Traumatiker.

Künstlich erzeugt kann die Übererregbarkeit durch übermäßige seelische und körperliche Beschäftigung mit geschlechtlichen Dingen sein: Wüstlinge und Onanisten. Letztere sind bei den Kinderschändungen stark beteiligt. Physiologischer Weise besteht aber auch in einem ganzen Lebensabschnitt eine vermehrte Ausfüllung des Gedankeninhalts durch geschlechtliche Vorstellungen, die bis zu quälendem Zwange ausarten können, nämlich in der Pubertät. Hiermit hängt die enorme Häufigkeit von Sittlichkeitsverbrechen durch Personen unter 15 Jahren zusammen.

Die geschlechtliche Spannung kann ferner übermäßig gesteigert werden durch lange Enthaltung, besonders bei gleichzeitig vorhandenem äußeren Anreiz (Ehe mit frigiden Frauen).

Alkohol löst bei vielen Menschen eine sinnliche Erregung aus. Beschäftigungslosigkeit, anderseits aber auch starke Ermattung, hat oft denselben Erfolg.

Es bleibt zu prüfen, ob es auch eine Verkehrtheit des Geschlechtstriebes gibt, welche denselben gerade auf unreife Individuen lenkt. Angeboren kommt eine solche Perversion wahrscheinlich nicht vor, dagegen geschieht es zuweilen, daß in der Kindheit oder unter besonderen Bedingungen auch in der Zeit der Geschlechtsreife Vorgänge sexueller Art, bei denen unreife Mädchen eine Rolle spielen, sich der Erinnerung einprägen, und daß später dann ein ähnlicher Anblick starken Geschlechtsreiz auslöst.

Nicht selten verfallen übermäßig gechlechtlich tätige Personen, besonders Onanisten, in einen sogenannten Reizhunger, in welchem sie nach neuen Arten des Geschlechtsverkehrs suchen

und so auf Kinderschändung verfallen. Besonders nahe liegen Vorstellungen, welche zum Verkehr mit halbreifen Mädchen führen: der Gedanke an die Jungfräulichkeit derselben und an die stärkere mechanische Friktion beim Geschlechtsakt.

Wesentlich anderer Art sind die Gründe, aus welchen Personen mit geschwächter Geschlechtsfähigkeit zu Kinderschändungen gelangen: sie fürchten bei Erwachsenen eine spöttische Kritik, der sie sich bei Kindern nicht ausgesetzt glauben.

Es gibt auch Motive zu Sittlichkeitsverbrechen, welche ganz abseits vom Geschlechtsleben liegen. Am wesentlichsten sind die abergläubischen Vorstellungen, daß Geschlechtskranke durch Verkehr mit unberührten Mädchen geheilt, und Greise durch Beilager mit Jungfrauen verjüngt werden können. Man darf aber nicht so weit gehen, bei jedem zu venerischer Ansteckung des Kindes führenden Schändungsverbrechen auf abergläubischen Ursprung zu schließen.

Die hier schematisch auseinandergehaltenen Motive pflegen sich in der Wirklichkeit vielfach zu verflechten, wie Vortragender dies an Beispielen dartut. Die seelischen Mängel der Verbrecher spielen in der großen Mehrzahl aller Fälle, auch nach Abzug der auf Grund des § 51 R.-St.-G. nichtstrafbaren unzurechnungsfähig Geisteskranken eine Rolle. Sie wirken aber selten einseitig bestimmend, gewöhnlich müssen noch andere Einflüsse hinzukommen, um das Sittlichkeitsverbrechen auszulösen. Einer Häufung solcher Einflüsse bedarf es in der Regel bei der Minderzahl, den geistig vollgesunden Sittlichkeitsverbrechern. Neben der Augenblickswirkung des Alkohols sind namentlich soziale Verhältnisse von ausschlaggebender Wichtigkeit.

An diese Ermittelungen knüpfen sich praktische Folgerungen zunächst in strafrechtlicher Beziehung. Bei den meisten Kinderschändern bestehen im Sinne des geltenden Rechtes mildernde Umstände: Die Einen sind wegen seelischer Defekte minder fähig, ihre Triebe zu zügeln, die Andern geraten ins Verbrechen mit Hilfe gehäufter unglücklicher Zufälle. Schon von diesem Standpunkte aus sind die ganz hohen Strafen (5 und mehr Jahre) bedenklich. Dieselben sind aber auch unzweckmäßig. Denn für Affektverbrecher ist das bei langen Strafen unvermeidliche Zusammenleben mit Gewohnheitsverbrechern immer gefährlich, und außerdem wird die Gesundheit gerade bei Personen von stärkerer geschlechtlicher Erreglichkeit durch lange Freiheitsstrafen besonders gefährdet. Wenn solche Personen dann nach überlangen Strafen entlassen werden, so sind sie sozial unbrauchbarer als vor der Strafe. Es empfiehlt sich daher eine Strafzeit von mittlerer Dauer, an welche entsprechend den Beschlüssen des vorjährigen Kriminalisten- und Juristentages bei gemeingefährlichen Minderwertigen eine andersartige Verwahrung sich anschließen müßte. Die neuerdings wieder empfohlene Prügelstrafe ist außer aus allgemeinen Erwägungen, die hier zu weit führen würden, schon deswegen zur Bekämpfung der Sittlichkeitsverbrechen ungeeignet, weil sowohl Prügeln als Geprügeltwerden geschlechtlich aufregend wirken und zu Verirrungen des Geschlechtstriebes Anlaß geben kann.

Das Wichtigste ist die Prophylaxe der Sittlichkeitsverbrechen durch rechtzeitige Fürsorge für jugendliche Minderwertige, durch Bekämpfung des Wohnungselends und der Trinksitten, durch Fürsorge für bessere Beaufsichtigung der Proletarierkinder und durch vernünftigere sexuelle Erziehung von Knaben und Mädchen in den Entwickelungsjahren.

Fürsorge für kriminelle Minderjährige.

Vortrag von Professor Binswanger-Jena in der dortigen Staatswissenschaftlichen Gesellschaft.

Wie die Frankfurter Zeitung mitteilt, stellte Binswanger folgende Thesen auf:

1. Heraufsetzung des bedingt strafmündigen Alters auf 14 Jahre. 2. Der § 56 ist im Sinne des schweizerischen Entwurfs zu ergänzen: Bei Angeschuldigten zwischen 15 und 18 Jahren muß die notwendige sittliche und geistige Reife erlangt sein, um sie für ihre Handlungen strafrechtlich verantwortlich zu machen. 3. Jeder Bestrafung soll eine erziehungs- und vormundschaftsamtliche Behandlung des Falles vorausgehen; die straffälligen, bedingt strafmündigen Personen sollen von dieser Behörde beurteilt und je nach dem Befunde dem Strafrichter oder der Zwangserziehung überwiesen werden. 4. Der Strafvollzug hat bei den Jugendlichen in besonderen Anstalten zu geschehen, in welchen der Zweck der Erziehung und Besserung der Sträflinge in erster Linie steht. Alle kurzen Freiheitsstrafen, Haft und Gefängnis sind als zwecklos zu verwerfen. 5. Die einzige verläßliche vorbeugende Maßregel gegen die auffällige Vermehrung krimineller Minderjähriger ist die Fürsorge nicht nur für die sittlich verwahrlosten, sondern auch für die sittlich gefährdeten Kinder durch den weiteren Ausbau der Fürsorgeerziehung. Es gilt dies nicht nur für die materiell, sondern auch für die moralisch verlassenen Minderjährigen. 6. Die Strafverfolgung eines in Zwangserziehung befindlichen kriminellen Jugendlichen ist nur nach Einholung eines Gutachtens der Anstaltsleitung und ihrer Einwilligung zulässig. Die Zwangserziehung kann unter gleichen Voraussetzungen bei verurteilten Jugendlichen durch die Strafhaft ersetzt werden. 7. Handelt es sich um sittlich gefährdete oder verwahrloste Kinder, bei welchen Erziehungsversuche sowohl in intellektueller als moralischer Beziehung außergewöhnlichen Schwierigkeiten begegnen, so hat die Anstaltsleitung eine fachärztliche Untersuchung und Beobachtung dieser Insassen in die Wege zu leiten. In gleicher Weise muß schon in der Voruntersuchung, falls es sich um die strafrechtliche Beurteilung eines bedingt strafmündigen Jugendlichen handelt, ein sachverständiger Arzt hinzugezogen werden, sobald das Vorhandensein einer krankhaften, geistigen Minderwertigkeit, einerseits durch die Art der Strafhandlungen, anderseits durch den Entwicklungsgang und das Verhalten des Angeschuldigten, wahrscheinlich gemacht wird.

In der Diskussion wurde das Beispiel anerkannt, das die Stadt Frankfurt a. M. in der Fürsorgeerziehung gegeben hat und gewünscht, daß sich die Kommunalbehörden größerer Städte anschließen, so lange der Staat eine abwartende Haltung einnimmt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hoche, Dr. L., Kreisarzt und **Hoche**, R., Regierungsrat. Das Studium des Arztes und des Zahnarztes. Verlag von Gebr. Lüdeking, Hamburg, 51 Seiten.

Das Büchlein ist ein Sonderabdruck aus dem ärztlichen Rechtsbuch der gleichen Verfasser und für Studienzwecke bestimmt; es bringt eine Zusammenstellung der gültigen Bestimmungen über das ärztliche und zahnärztliche Studium, sowie über die medizinische Doktorpromotion. Beigegeben ist ferner ein Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten gemäß § 59 der neuen Reichsordnung ermächtigten Krankenhäuser der medizinisch-wissenschaftlichen Institute.

W. Hanauer, Frankfurt a. M.

M. Martin, München. Die Anästhesie in der ärztlichen Praxis. J. F. Lehmanns Verlag 1905, 35 S, Preis 1 M.

Die für die Praxis außerhalb der Kliniken und Krankenhäusern wichtigen Methoden der örtlichen Anaesthesie werden kurz aber in deutlichen Vorschriften dargelegt. Dabei wird besonders der Adrenalinverwendung zur Herbeiführung von örtlicher Anaemie und ihrer Kombination mit den Methoden von Kylauh, Oberst, Bier gedacht. Ich kann dem Verf.

nicht darin beistimmen ‚daß die Biersche Rückenmarksanästhesie jemals eine Bereicherung der Methoden darstellen wird, die sich für den praktischen Arzt eignen. Die Verantwortung ist viel zu groß; der Schaden unberechenbar, wenn diese immerhin nicht gefahrlose Methode einmal fehlschlägt — sie gehört nur in die Kliniken und darf m. E. nicht ohne Genehmigung des darüber aufgeklärten Kranken zur Anwendung kommen. Sehr beherzigenswert ist das, was M. am Schluß über die Verpflichtung des Arztes zu größern Vorsicht in seinen Äußerungen sagt, welche durch die lokale Anaesthesie auferlegt wird, da der nicht betäubte Patient an Allem Teil nimmt. Erörterungen über den Gang der Operation, wie Andeutungen über den Ausgang, werden dadurch unstatthaft. Ktg.

Attilio Robiola. Die Arbeit und ihre Wirkungen auf den modernen Arbeiter. — Vorschlag zu einer radikalen Veränderung der Unfallgesetzgebung. — Torino typografia Origlia Festa e. C. — 1904.

R. betont in seiner Arbeit die allerseits bekannte Unzulänglichkeit der modernen Unfallgesetzgebung. Den Anlaß dazu bietet ihm der Umstand, daß bei Verhandlungen des italienischen Parlaments über diese Materie auf Anregung des Professors Celli in einem Anhang zwei Krankheiten, der Milzbrand und der Rotz, prinzipiell in die Unfall-Ersatzpflicht eingeschlossen wurden, Krankheiten, von welchen man mit Sicherheit sagen könne, daß sie durch die geleistete Arbeit bedingt und erworben seien. „Würde das gleiche", so fragt R., „nicht auch für Malaria und anderen Infektionen gelten, wenn auch nicht mit derselben positiven Sicherheit?" „Und würde es nicht angesichts dieser Verhältnisse nahe liegen, exakter zu verfahren und alles, was an Schadigung von Gesundheit und Leben den modernen Arbeiter durch die Arbeit treffen kann, in den Haft- und Entschädigungsverpflichtungen zusammenzufassen und zu rubrizieren in

I. Todes- und Krankheitsfälle, durch die Arbeit bedingt,
II. Traumatische Todesfälle und Krankheitsfälle im Gefolge des Arbeitsbetriebes,
III. Professionelle Todes- und Krankheitfälle.

Wie viele Prozeßkosten, welche Unsumme juristischer Arbeit würde erspart werden, wenn man, anstatt einen Teil und zwar die direkten, meist auf mechanischen Verletzungen beruhenden Unfälle herauszugreifen, das ganze Gebiet der Gesundheits- und Lebensbeschädigung, welches die Arbeit für den Arbeiter mit sich bringt, mit einem Wort, das ganze Gebiet der gewerblichen Krankheit mit in die Versicherungspflicht einbegriffe. (Vgl. hierzu Seite 227, Spalte II, letzten Absatz. Red.)

Auch bei dieser radikalen Maßregel bleiben der Schwierigkeiten immer noch genug, wie die Abhandlung R's. zeigt. Das erste Kapitel erläutert, was man unter Arbeitsunfall versteht. Das Folgende: „Ein wenig Philosophisches und Physiologisches über die Arbeit des Menschen", was man im weiteren Sinne hineinzubeziehen das Recht hat.

Das dritte Kapitel handelt von dem natürlichen Recht des Arbeiters für alle Schäden, welche durch die Arbeit an Gesundheit und Leben entstehen können, Entschädigung zu finden. Das vierte, schwierige, davon, inwieweit das abstrakte Recht mit dem natürlichen konkurriert, insofern als außer dem Faktor der Verletzung andere Faktoren als Mitursachen in Betracht kommen. Weiter wird dies noch im fünften: Die Arbeitsgelegenheit ausgeführt.

Im sechsten Kapitel schildert der Verfasser, welche Schwierigkeit in der Anwendung der Tarife die irrige Definition des Unfallgesetzes verursacht hat.

Die Versicherungsanstalten Italiens haben anfangs geglaubt, mit $4^1/_2$ Lire mittlerer Prämie pro Jahr und Kopf jede Versicherung gegen Unfall übernehmen zu können: Im Laufe eines Jahres stieg dieser Betrag auf $8^1/_2$ Lire, vermöge der weiteren Auslegung, welche die juristischen Behörden dem Begriff „Unfall" angedeihen ließen. Daß diese Prämien nicht bis ins Ungeheuerliche wachsen, würde dadurch verhindert werden können, daß die Versicherungsgesellschaften anstatt einen Durchschnittssatz anzunehmen, individualisieren. Zu dem Zwecke sind Arbeitsbücher notwendig, in welchen von Beginn der Laufbahn des Arbeiters an, eine kurze Signatur gegeben wird, die sich erstreckt auf Alter, Gewicht, Statur, erlittene Krankheiten, familiäre und hereditäre Krankheitsanlagen, gegenwärtigen Gesundheitszustand, den Wuchs des Körpers, der Extremitäten, den Zustand der Schleimhaut und Sinnesorgane, Bruch und Bruchanlagen, Deformitäten usw., ähnlich, wie bei Lebensversicherungsattesten.

Durch ärztliche Atteste muß auch das Geeignetsein des Arbeiters zu bestimmten Betrieben bezeugt sein, ehe ein Arbeiter in solchen angestellt wird: in ähnlicher Weise, wie es einer Untersuchung durch Militärärzte zur Anstellung in der Armee bedarf.

Die Versicherung und die Prämienbemessung hat nach Arbeiterkategorien zu geschehen.

Das Schlußkapitel VII handelt darüber, wie das deutsche Schiedsgericht den Begriff Unfall auffaßt: die Definition dieses Begriffes ist unzulänglich; für noch unzulänglicher hält der Verfasser diejenige der italienischen Gesetzgebung. Immer weiter und auf immer mehr Erkrankungs- und Todesfälle hat dieser Begriff sich mit der Zeit ausgedehnt, je nach den neuen wissenschaftlichen Anschauungen, nach der Hartnäckigkeit, mit der die Betroffenen ihr Ziel verfolgen, nach der Willfährigkeit der begutachtenden Ärzte und der wechselnden Anschauung der superarbitrierenden Instanzen.

Hier muß sich die Frage aufdrängen: Wäre es nicht besser, diesen Gordischen Knoten durchzuhauen, dem Arbeiter Indemnität zuzusprechen gegen jede Krankheit aller Art, welche ihn auf Grund der Arbeit und ohne Grund der Arbeit trifft?

Mögen ökonomische Unzuträglichkeiten und die Schwierigkeit der industriellen Entwicklung einstweilen entgegenstehen, so bleibt doch nach des Autors Anschauung dies das erstrebenswerte Ziel der Zukunft.

R. hat am Schlusse seiner Arbeit noch zwei Abhandlungen angefügt, welche die Unzulänglichkeit des heute geltenden Systems in schlagender Weise demonstrieren.

Die erste betitelt sich:

Betrachtungen eines Arztes nach zweijähriger Dienstzeit, 1901 und 1902, bei der Direktion einer Arbeiter-Unfallversicherngsgesellschaft.

Die zweite, einer in Rom erscheinenden Zeitung, La Minerva, entnommen, beschreibt die nichtswürdigen Spekulationen, mit welchen die Unfallversicherung in Amerika zu kämpfen hat.

Die Zahl der Unfälle, ihre Heilungsdauer, die Höhe der Entschädigungssummen, der Prozeßkosten steigt in der alten Welt wie in der neuen in einer Weise, daß jeder Prämiensatz überholt und illusorisch zu werden scheint. „In Chicago", so heißt es in dieser letzten Zeitschrift, „hat die Spekulation sich dieser Materie vollständig bemächtigt. Es existieren Geschäftshäuser, Agenten und Gesetzkundige, welche sich ausschließlich mit derselben befassen.

Sie haben ihre besonderen Geschäftsreisenden, welche mit allen Krämern und Budikern in der Nähe von Fabriken, mit den Organen der öffentlichen Sicherheit, mit den Ärzten Beziehungen unterhalten und welchen es gelingt, in die öffentlichen Krankenhäuser einzudringen. Sobald ein Unglücksfall eingetreten, bieten sie dem unglücklichen Opfer oder im Todesfalle der Familie ihre Hilfe an. Da die Unfallansprüche, nach einer Entscheidung des obersten Gerichtshofs von Illinois, als Geschäfts-

sache zedierbar sind wie jedes andere Eigentum, so werden sie von dem ersten Kommissionär an dritte Personen zediert, welche nun das Unfallopfer vertreten.

So entsteht eine Art von betrügerischem Gewerbe, bestrebt, die Lage des Verletzten schlimmer darzustellen, resp. auch zu verschlimmern, unwahre Angaben und falsche Zeugnisse sich zu verschaffen und Personen, welche in diese Dinge eingeweiht sind, versichern: daß es nicht selten zu Operationen und Amputationen kommt, welche nicht durch die Schwere des Falles allein geboten sind. Die Advokatenspesen sind oft enorm und absorbieren die Hälfte der Entschädigungssummen.

Vor kurzem ereignete sich der Fall, daß ein von Geburt an idiotisches Individuum seine Geistesschwäche einem Schlag an den Kopf verdanken sollte, und nur durch einen glücklichen Zufall gelang es noch der verklagten Gesellschaft den Beweis zu liefern, daß die Geistesschwäche angeboren war.

Der Schreiber spricht zum Schlusse die Befürchtung aus, daß, wenn es nicht zu einer Reform der Unfallsachen-Jury kommt, indem man sie aus sachverständigen und intelligenten Leuten zusammensetzt, wenn nicht ferner den verklagten Gesellschaften die Führung des Gegenbeweises mehr erleichtert wird, diese nichtswürdigen verbrecherischen Machinationen der ganzen Industrie Chicagos gefährlich werden dürften. Hager (Magdeburg-N.)

Senator und Kaminer. Krankheiten und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. München. Lehmanns Verlag 1904.

Ein außerordentlich großes Feld ist es, welches die Ehegemeinschaft mit allen ihren Folgezuständen für die Betätigung der Volkshygiene und der ärztlichen Fürsorge darbietet. Zum ersten Male haben die Verfasser den Versuch unternommen, die hierauf bezüglichen Fragen im Zusammenhang zur Darstellung zu bringen und damit dem Arzte eine Quelle der Belehrung, eine Richtschnur für sein Verhalten in wichtigen das Wohl und Wehe vieler Menschen betreffenden Lebenslagen zu bieten. Dieser Versuch ist den Verfassern auf das glänzendste gelungen. Eine Fülle von Anregungen und Aufschlüssen treten hier dem Leser entgegen. In wohlgeordneter Zusammenstellung werden die mannigfachsten Verhältnisse dargestellt, die man bisher mühsam bei den einzelnen Disziplinen aufsuchen mußte, häufig ohne in den Lehrbüchern die gewünschte Auskunft zu finden.

Die Einteilung des Stoffes ist folgende: Dem Allgemeinen Teil geht eine Einleitung von Senator voraus. Dann folgen: Gruber: die hygienische Bedeutung der Ehe, Orth: Angeborene und ererbte Krankheiten, Kraus: Blutsverwandtschaft in der Ehe, Havelburg: Klima, Rasse und Nationalität in ihrer Bedeutung für die Ehe, Fürbringer: Sexuelle Hygiene in der Ehe, Koßmann: Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, Lactation. Den speziellen Teil, der die verschiedenen Krankheitsformen zur Ehe in Beziehung setzt, eröffnet wieder Senator mit den Konstitutionskrankheiten. Rosin behandelt die Blutkrankheiten, v. Leyden und W. Wolff die Krankheiten des Gefäßsystems, Kaminer die der Atmungsorgane, Ewald die des Verdauungsapparats, P. F. Richter die Nierenleiden, Hoffa die Krankheiten des Bewegungsapparats, Abelsdorf die der Augen, Ledermann die der Haut und die Syphilis, Neißer die Gonorrhoe, Posner die übrigen Harnkrankheiten und die physische Impotenz, Blumreich die Frauenleiden und die Sterilität, Eulenburg die Nervenleiden, Mendel die Geisteskrankheiten, Moll die sexuellen Perversionen und die psychische Impotenz, A. und F. Leppmann Alkoholismus, Morphinismus, gewerbliche Schädigungen, Placzek das Berufsgeheimnis, und Eberstadt schließt mit einer Würdigung der sozialpolitischen Bedeutung der gesundheitlichen Eheverhältnisse.

Ich wüßte in der gesamten neueren medizinischen Literatur kein Werk, welches so sehr gerade dem praktischen Arzte, speziell mit Rücksicht auf seine hausärztliche Tätigkeit, zur Anschaffung empfohlen werden kann. J. Meyer-Lübeck.

Tagesgeschichte.

Die Vorschläge der Krankenkassen zur Zusammenlegung der Arbeiterversicherungs-Gesetze.

Die geschäftsführende Krankenkasse Dresden hat gemeinsam mit der Zentralkommission der Berliner Krankenkassen einen Plan für die Zusammenlegung der drei Zweige der Arbeiterversicherung ausgearbeitet, der in wesentlichen Punkten von den an dieser Stelle bereits dargelegten Vorschlägen Freunds und Düttmanns abweicht.

Der Versicherungspflicht sollen danach alle gegen Gehalt, Lohn, Naturalbezüge oder sonstiges Entgelt beschäftigte Personen mit einem Einkommen bis zu 3000 M. unterliegen, mit Ausnahme der von Reich, Staat oder Gemeinde beschäftigten Personen, denen die gleiche Fürsorge auf andere Weise gewährleistet ist; ferner Gewerbetreibende und Landwirte mit einem Einkommen bis zu 3000 M.

Die Mindestleistungen der Versicherung sollen bestehen:

1. im Falle der Krankheit, ohne Rücksicht auf die Ursache derselben, vom Erkrankungstage ab bis zum Eintritte der Heilung oder der Feststellung eines dauernden, nicht mehr zu bessernden Zustandes, längstens aber bis zur Dauer eines Jahres
   a) in freier ärztlicher Behandlung, Arznei, Brillen, Bruchbändern und sonstigen Heilmitteln, soweit dieselben zur Erreichung des Kurzweckes bzw. zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit erforderlich sind;
   b) im Falle der Erwerbsunfähigkeit in einem Krankengelde im Mindestbetrage von zwei Dritteln des Tages-Durchschnittsverdienstes;
   c) im Todesfalle in einem Sterbegeld im Mindestbetrage des dreißigfachen Tages-Durchschnittsverdienstes, jedoch nicht unter 50 M.;
   d) im Falle der Krankheit von Familienangehörigen in freier ärztlicher Behandlung und Arznei bis zur Dauer von sechs Monaten und im Todesfalle von Familienangehörigen in einem Sterbegeld;
2. a) für versicherungspflichtige Schwangere in einer der Wöchnerinnen-Unterstützung gleichen Unterstützung wegen der durch die Schwangerschaft verursachten Erwerbsunfähigkeit bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen. Auch sollen die erforderlichen Hebammendienste und freie ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden sowohl wie auch bei der Entbindung gewährt werden;
   b) im Falle der Entbindung einer Versicherten in einer Wöchnerinnenunterstützung in Höhe des Krankengeldes für die Dauer von sechs Wochen.

   Personen, welche infolge eintretender Erwerbslosigkeit aus der Versicherung ausscheiden, soll der volle Anspruch auf Krankenunterstützung verbleiben für einen Unterstützungsfall, der innerhalb eines Zeitraumes von sechs Wochen nach dem Ausscheiden aus der Beschäftigung eintritt;
3. im Falle eines Unfalles, mag derselbe durch die Gefahren der Erwerbstätigkeit oder des gewöhnlichen Lebens verursacht sein, wobei chronische Gewerbekrankheiten als Folgen von Betriebs-Unfällen anzusehen sind,

a) von Beendigung des ersten Heilverfahrens bzw. von Eintritt eines Dauerzustandes ab,

bei völliger Erwerbsunfähigkeit für deren Dauer in einer an den Versicherten zu zahlenden Rente in Höhe von 75% des letzten Durchschnittsverdienstes, bei völliger Hilflosigkeit des Versicherten aber in Höhe von 100% des letzten Durchschnittsverdienstes,

bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit in einem das Maß der verbliebenen Erwerbsfähigkeit berücksichtigenden Bruchteile der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit;

b) in dem zur Beseitigung oder zur Linderung der Unfallsfolgen wiederholt erforderlich werdenden Heilverfahren einschließlich der zur Sicherung des Kurerfolges oder zur Wiederherstellung und Erhaltung der Erwerbsfähigkeit erforderlichen Hilfsmittel;

c) bei Tötung des Versicherten an die Hinterbliebenen.

(Die hier eingefügten Bestimmungen interessieren vom ärztlichen Gesichtspunkte weniger.)

4. Im Falle der nicht durch einen Unfall hervorgerufenen Invalidität in einer Rente von 50% des Jahresarbeitsverdienstes, welche bei völliger Hilflosigkeit bis auf 100% desselben zu erhöhen ist. Diese Rente muß mindestens 200 M. für das Jahr betragen.

Invalidität soll angenommen werden, wenn nach Erfüllung einer zu bestimmenden Wartezeit bzw. nachgewiesener versicherungspflichtiger Beschäftigung der Versicherte infolge seines körperlichen oder geistigen Zustandes nicht mehr imstande ist, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit mehr als die Hälfte des Betrages zu verdienen, den ein gesunder Arbeiter des gleichen Berufs in derselben Gegend zu dieser Zeit jährlich verdient. Invalidenrente soll auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte erhalten, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig ist, für die weitere Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

5. Versicherte, welche das 65. Lebensjahr zurückgelegt haben, sollen, auch ohne daß es des Nachweises der Erwerbsunfähigkeit bedarf, eine Altersrente erhalten, welche 20% des für die Versicherung maßgebend gewesenen Jahresdurchschnittsverdienstes, mindestens aber 150 M. jährlich betragen soll.

Es folgen dann weiter Vorschläge über die Aufbringung der Mittel, welche darin gipfeln, daß das Reich zu jeder Invaliden- und Altersrente jährlich 100 M. Zuschuß gewähren solle, während die Arbeitgeber und Versicherten zu gleichen Teilen laufende Beiträge zu zahlen haben. Dann folgen Vorschläge über die Lohnklassen. Recht wesentlich sind dann wieder die folgenden beiden Abschnitte über Organisation und Verwaltung.

Zur Durchführung der gesamten Versicherung sollen unter Aufhebung der jetzt bestehenden Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Invalidenversicherungsanstalten und besonderen Kassenrichtungen allgemeine Versicherungsanstalten errichtet werden, welchen bestimmte, räumlich abgegrenzte Bezirke mit nicht unter 100000 Einwohnern zuzuweisen sind. Diese Versicherungsanstalten sollen für die Versicherung sämtlicher in ihrem Bezirke beschäftigter Personen zuständig sein. Zur Erleichterung des Verkehrs mit den Arbeitgebern und Versicherten sollen dieselben gehalten sein, in ihrem Bezirke nach Bedarf örtliche Verwaltungsstellen einzurichten.

Die Versicherungsanstalten sollen als Organe für die künftige Witwen- und Waisenfürsorge und für die künftige Arbeitslosenversicherung vorgesehen werden.

Die Versicherungsanstalten sollen sich an der Beratung und Förderung allgemeiner hygienischer bzw. die Arbeiterversicherung betreffender Fragen beteiligen, sowie Vorschriften über Unfallverhütung erlassen.

Die Leitung und Verwaltung der Versicherungsanstalt soll dem Vorstande und der Generalversammlung zustehen, welche beide zu einem Drittel aus Vertretern der Arbeitgeber, zu zwei Dritteln aus Vertretern der Versicherten zu bestehen haben. Der Vorstand soll von der Generalversammlung gewählt werden. Die Generalversammlung soll von Vertretern gebildet werden, die von den Arbeitgebern und Versicherten je aus ihrer Mitte zu wählen sind (siehe §§ 34—39 K.-V.-G.).

Zur Festsetzung von Unfall- und Invalidenrenten sollen Kommissionen von Sachverständigen gebildet werden.

Die Aufsicht über die Befolgung der Vorschriften soll die höhere Verwaltungsbehörde des Bezirks haben, in letzter Instanz soll aber das Reichsversicherungsamt entscheidend sein. Streitigkeiten zwischen Arbeitgebern oder -nehmern und der Versicherungsanstalt sollen Schiedsgericht bzw. Reichsversicherungsamt entscheiden.

Die Ärzte werden diesmal hoffentlich zu rechter Zeit zu den beabsichtigten Änderungen auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung Stellung nehmen, hat doch der Bezirksverein München schon zum diesjährigen Ärztetage den Antrag gestellt:

„Der XXXIII. Deutsche Ärztetag möge eine mehrgliedrige Kommission einsetzen, welche beauftragt wird, eine Denkschrift über die Ausgestaltung der ärztlichen Tätigkeit bei der geplanten Vereinfachung und Verschmelzung der drei Zweige der Arbeiterversicherung auszuarbeiten und diese der Regelung und dem Reichstage zu unterbreiten."

Hier ist nicht der Ort, auf die außerordentliche Gefahr für den ärztlichen Stand einzugehen, welche in der Versicherungspflicht aller wirtschaftlich abhängigen und der meisten selbständig verdienenden Personen mit einem Einkommen bis zu 3000 Mark liegt. Dagegen ist es unseres Amtes, die Vorschläge über die Mindestleistungen einer Kritik zu unterziehen.

Im ganzen ist es zu billigen, daß jede Krankheit, ohne Rücksicht auf ihre Entstehung, der Versicherungspflicht unterliegen soll. Nur daß auch vorsätzliche Selbstbeschädigung durch den Wortlaut mit eingeschlossen ist, erscheint bedenklich.

Im nächsten Abschnitt (a) ist die Hinzufügung: „und sonstigen Heilmitteln, soweit dieselben etc." ungeschickt. Ein Bruchband ist gar kein Heilmittel, und das gleiche gilt von sehr vielen zur Erhaltung der Arbeitsfähigkeit erforderlichen Vorkehrungen (z. B. Schnürstiefel zur Festlegung eines erkrankt gewesenen Fußes). Des weiteren würde der Ausdruck „Heilmittel" zu Streitigkeiten leicht Anlaß geben, wenn Stärkungsmittel (Milch), Erholungsaufenthalte, Badekuren u. dgl. notwendig werden. Es würde also besser heißen: „und sonstigen Mitteln oder Maßnahmen, welche . . . . notwendig sind."

Die vermehrte Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen kann der Arzt und Rassenhygieniker nur dringend befürworten.

Die Vorschläge über Unfallfürsorge haben den Kernfehler, daß sie die chronischen Gewerbekrankheiten mit umfassen wollen. Es ist, wie wir schon wiederholt dargetan haben, ganz unmöglich, die Gewerbekrankheiten auch nur annähernd so scharf abzugrenzen wie den jetzigen Unfallbegriff. Mit ihrer Angliederung an die Unfallgesetzgebung setzen wir uns endlosen prinzipiellen Streitigkeiten und einer daraus folgenden weitgehenden Unzufriedenheit aus. Durch die Einschließung der nichtberuflichen Unfälle würde zwar anderseits eine ganze große Kategorie von Rentenprozessen wegfallen, aber es muß doch daran erinnert werden, daß dann wunderliche Ungerechtigkeiten entstehen: es kann dann kommen, daß ein in übermütiger Laune beim Radschlagen Verunglückter, der noch ziemlich viel

Geld zuverdienen kann, genau so viel Rente bekommt, wie ein armer Schwindsüchtiger, der gar nichts mehr verdienen kann. Was in unserm Empfinden die Gewährung einer höheren Rente für Unfallverletzte begründet, das ist doch eben die Tatsache der Verunglückung bei der Berufsarbeit.

Die Erhöhung der Invalidenrenten ist wünschenswert. Dagegen halten wir es für verfehlt, Invalidität schon bei halber Erwerbsunfähigkeit anzunehmen. Überhaupt dürfen wir uns nicht verhehlen, daß bei dem jetzigen System einer absoluten unteren Invaliditätsgrenze nur die Geringfügigkeit der Renten davor schützt, daß die Aussicht auf ein sicheres lebenslängliches Einkommen den Trieb zur Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit lähmt. Nicht umsonst haben wir die Erfahrung gemacht, daß viele Unfallverletzte, im Hinblick auf die ihnen sichere Rente, die Bekämpfung ihrer Unfallfolgen vernachlässigen. Die gleiche Erscheinung wird bei der Invalidität noch schroffer hervortreten, wenn die Invaliditätssumme in die Höhe, die Invaliditätsgrenze herabgesetzt wird. Wer beispielsweise infolge irgend eines chronischen Leidens nur noch $1/3$ oder $2/5$ Erwerbsfähigkeit besitzt, wird lieber die Hälfte seines bisherigen Verdienstes als Dauerrente behalten und durch leichte Arbeit noch eine nur wenig geringere Summe dazuverdienen, statt sich durch energische Hingabe an die Bekämpfung seiner Krankheit der Wiedererlangung einer mehr als 50prozentigen Erwerbsfähigkeit und damit dem Verlust der ganzen Rente auszusetzen. Damit ist die Gefahr einer Volksschädigung in weit größerem Maßstabe als durch die Unfallrenten geschaffen. Viel zweckentsprechender wäre eine gradweise Abstufung der Invalidenrenten, wobei man ja als untersten entschädigungspflichtigen Grad 20 oder 25% Erwerbsminderung festsetzen könnte, um die vorauszusehende Unzahl ganz kleiner Renten auszuschalten.

Die Vorschläge finanzieller und organisatorischer Art gehören in das Gebiet der sozialen Politik, sie werden, besonders soweit sie eine völlige Beherrschung des Arbeiterversicherungswesens in der unteren Instanz durch die Arbeitnehmer bedingen, wenig Aussicht auf Erfolg haben. Doch ist das kein Gegenstand, dessen nähere Erörterung hier am Platze wäre. Nur Eins noch: den Glauben daran, daß Sachverständigenkommissionen zweckmäßiger sind als Einzelsachverständige, halten wir für einen Irrtum. F. L.

Ist Selbstmord als vorsätzliche Zuziehung einer Krankheit zu erachten?

Über diese Frage entscheidet ein im Ärztevereinsblatt mitgeteiltes Urteil des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 7. Juli 1904: Der Tatbestand einer vorsätzlichen Zuziehung einer Krankheit im Sinne des Kr.-V.-G. ist nur dann gegeben, wenn erweislich der Wille des Kassenmitgliedes auf Herbeiführung einer Krankheit gerichtet war. Dies ist nicht der Fall beim Selbstmord, sofern nicht etwa den Umständen nach anzunehmen ist, daß das Kassenmitglied wußte oder wissen mußte, daß das gewählte Mittel nicht unmittelbar den Tod, sondern überhaupt oder zunächst nur eine Krankheit zur Folge haben werde. Trifft letzteres zu, dann ist damit widerlegt, daß der Vorsatz auf die Herbeiführung des Todes gerichtet war.

Wenn man sich diese Entscheidung durchliest, klingt sie zunächst etwas sophistisch. Aber dieser Eindruck wäre unrichtig, denn das Urteil trifft sicher den Kern dessen, was der Gesetzgeber gewollt hat: er wollte nur demjenigen die Wohltaten der Krankenversicherung entziehen, der sich durch Selbstbeschädigung die Annehmlichkeit des Müßiggangs unter gleichzeitiger Gewährung des Krankengeldes verschaffen will. Der Selbstmörder hat natürlich ganz andere Motive. Es kommt aber noch dazu, daß beim Selbstmord krankhafte seelische Zustände sehr häufig mitwirken, so daß bei den meisten Selbstmördern wenigstens eine geminderte Zurechnungsfähigkeit vorliegt, der gegenüber die Krankengeldentziehung als übertriebene Härte erscheint. Vom ärztlichen Standpunkte aus ist die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts also sehr erfreulich.

Die hohe Säuglingssterblichkeit in Deutschland

veranschaulicht die Reichsstatistik (1. Vierteljahrsheft 1905) an den Ziffern für das Jahr 1903, aufs neue in dringlichster Weise. Insgesamt starben im Reich im Jahre 1903: 1 170 905 (ohne Totgeborene), davon waren 404 529 noch nicht 1 Jahr alt. Es waren also nicht weniger als 34,5% aller Gestorbenen des Jahres 1903 noch nicht 1 Jahr alt, oder im Verhältnis zu den Geburten (ohne Totgeburten) betrachtet, starben über 20% im Säuglingsalter. Dabei entfielen auf 100 eheliche Geburten 19,3, auf 100 uneheliche Geburten nicht weniger als 32,7 Todesfälle der Säuglinge. In sieben Bundesstaaten und Provinzen war die Säuglingssterblichkeit ungünstiger als im Reichsdurchschnitt. Wird bloß die Sterblichkeit der ehelich geborenen Säuglinge in Betracht gezogen, so entfallen im Reichsdurchschnitt 30% der Sterbefälle auf solche Säuglinge, mehr als 30% in acht Bundesstaaten und Provinzen, darunter diesmal auch Württemberg mit 32%. Mit diesen Zahlen übertrifft Deutschland leider fast alle anderen Staaten, die statistische Erhebungen über die Säuglingssterblichkeit veranstalten. Mag auch die peinliche Genauigkeit der deutschen Statistik die Verhältniszahlen bei uns ein wenig schärfer als anderswo horvortreten lassen, so kann uns das doch nicht über den Gegensatz von 34,5% in Deutschland und 15% (1904 in Frankreich) im Anteil der Säuglinge an der Gesamt-Totenziffer beruhigen. Die jetzt mit erneutem Eifer einsetzende Bewegung zur Fürsorge für Säuglinge und Mütter findet ein außerordentlich großes Arbeitsfeld in Deutschland. (Soziale Praxis.)

Gegen die Bestellung von Krankenwärtern als Fleischbeschauer

erhebt die „Allg. Fleisch.-Zeitung" berechtigte Vorstellung unter Hinweis auf einen Fall in Klein-Schönebeck bei Friedrichshagen, in dem der Fleischbeschauer sich unmittelbar von einem Typhuskranken in die Schlachthäuser zur Vornahme der Fleischbeschau begeben haben soll. Personen, die mit kranken und insbesondere infektionskranken Menschen berufsmäßig zu tun haben, ist die Bestellung als Fleischbeschauer zu versagen, wozu die Anstellungsbehörden befugt sind, trotzdem in dem sogenannten Bundesratsbeschluß B. der Beruf des Krankenwärters als Ausschließungsgrund nicht besonders aufgeführt ist.

(Ztschr. f. Fleisch- u. Milchhyg.)

Die 2. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins

findet in Würzburg am 3. Juni 1905 statt. Tagesordnung: 1. Neueste Forschungen über Infektionskrankheiten. Referent: Prof. Dr. Lehmann (Würzburg). 2. Wie haben sich die Gesetzesparagraphen des Bürgerlichen Gesetzbuches und der Zivilprozeßordnungsnovelle, welche sich auf Entmündung und Wiederaufhebung der Entmündung beziehen, in der gerichtsärztlichen Praxis bewährt und welche Erfahrungen werden von Seiten der ärztlichen Sachverständigen in bezug auf die Handhabung des Gesetzes gemacht? Referent: Landgerichtsarzt Dr. Burgl (Nürnberg). — 3. Geistige Minderwertigkeit im schulpflichtigen Alter und Hilfsschulen. Referent: Professor Dr. Weygandt (Würzburg). 4. Quantitative Bestimmung des Luftgehaltes der Lungen. Referent: Prof. Dr. Stumpf, Landgerichtsarzt (Würzburg). 5. Die amtsärztliche Revision der Rezepttaxierung. Bezirksarzt Referent: Dr. Grassl (Viechtach).

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. | № 12. | Ausgegeben am 15. Juni.

Inhalt:

Über die Ausbildung der Ärzte im Begutachtungswesen.

Von
Dr. Georg Körting
Generalarzt a. D. zu Charlottenburg.*)

Die Gesellschaft für soziale Medizin hat ihre wissenschaftlichen Sitzungen im März d. J. mit einem außerordentlich eingehenden und interessanten Vortrage des Herrn Geh. Reg.-Rats Bielefeldt vom Reichsversicherungsamt eröffnet, der das Anschwellen der Invalidenrenten und die Beziehungen der ärztlichen Atteste dazu behandelte. Eine sehr gründliche Diskussion vermochte trotz vielfacher Bemühungen den Eindruck nicht zu verwischen, daß ein gewisser ursächlicher Zusammenhang zwischen beiden Dingen bestehe. Von mehreren Seiten wurde anerkannt, daß die ärztlichen Atteste nicht durchweg den Anforderungen genügen, welche gestellt werden müssen, wenn die entscheidenden Behörden richtig beurteilen sollen, was einem Antragsteller zusteht. Es handelt sich darum, im Attest einer Behörde, die aus Nicht-Medizinern besteht — die vorliegenden Folgen eines Unfalles anschaulich zu machen. Die entscheidende Stelle soll durch Vorgeschichte und Befundsschilderung so über den Zustand orientiert werden, daß sie die Richtigkeit der vom Arzt gezogenen Schlußfolgerungen nachprüfen und danach sowohl das Interesse des Rentenbewerbers wie der Staatskasse richtig wahrnehmen kann. Ich fürchte nicht, dem Einwand zu begegnen, daß das zuviel vom ärztlichen Attest gefordert ist.*) Vernehmungen ärztlicher Sachverständiger vor Gericht und die Erfahrung im Attestwesen der Armee und Marine zeigen täglich, daß es keinen medizinischen Befund gibt, der nicht an sich und in seinem Einfluß auf die Erwerbsfähigkeit einem gebildeten Laien klar gemacht werden könnte; zumal wenn es sich um Laien handelt, denen lange Beschäftigung mit diesen Gegenständen oder spezielle Vorbereitung, wie Prof. Stolper loc. cit. will — ein sehr gutes Verständnis für ärztliche Zeugnisse verliehen hat.

Es ist nicht die Absicht, alle Punkte hier noch einmal zu erörtern, welche in den Attesten den Erwartungen der Behörden nicht entsprochen haben. Nur auf den einen, in der Diskussion am 9. Mai nicht bestrittenen Umstand möchte ich zurückkommen, daß bei den Attesten namentlich jüngerer Kollegen ein bedeutender Mangel an Übung in derartigen Arbeiten sich geltend macht; und dann eine Anregung geben, wie dem vielleicht abgeholfen werden kann.

*) Erst nach Abschluß der Arbeit kam mir die Abhandlung von Prof. Stolper in Nr. 9 dieser Zeitschrift zu Gesicht. Das von ihm angestrebte Ziel begreift das meinige in sich; sein Weg ist aber doch abweichend. Deshalb dürften auch meine Ausführungen noch Interesse finden. Im übrigen bin ich der Ansicht, daß der von St. vorgeschlagene Ausdruck „versicherungsrechtliche Medizin“ nicht geeignet ist, das ganze Gebiet zu umfassen, weil er sofort auf das ganz verschiedene Gebiet der privatgeschäftlichen Versicherungen führt, welche gleichfalls ärztliche Gutachten verlangen. Ktg.

*) Vgl. Verhandlungen der Gesellschaft für soziale Medizin. 1905. Heft 2, S. 17. Ausführungen des Kollegen Feilchenfeld.

In dem bereits über Gebühr langen und belasteten Studiengang des Mediziners ist kein Raum für eine praktische und gründliche Ausbildung im Begutachtungswesen. Daß dieser oder jener in den letzten Semestern ein theoretisches Kolleg über Unfallkunde hört, ändert daran nichts. Diejenigen jungen Ärzte, die ihrer Militärpflicht genügen, erhalten während des Diensthalbjahres Unterricht in der Ausstellung von Attesten; darauf komme ich noch zu sprechen. Die überwiegende Mehrheit der nicht gedienten Ärzte setzt vermutlich beim ersten für eine Behörde auszustellenden Gutachten zum ersten Male die Feder zu einem solchen Schriftstück an.

Doch kann manches geschehen, um den jungen Mediziner rechtzeitig mit dem Wesen und der Form einer Obliegenheit bekannt zu machen, die später so verantwortlich an ihn herantritt. Zunächst kann schon auf der Universität der klinische Unterricht die Folgezustände vorgestellter Fälle, ihre Begutachtung und Bewertung in der Unfallspraxis in den Kreis der Betrachtung ziehen. Das läßt sich in der chirurgischen, inneren und gynäkologischen Klinik berücksichtigen; an Fällen, die solche Anknüpfung erlauben, wird es in keinem Semester fehlen. Ist das dem Ordinarius zu viel, so wird sich wohl ein Assistent finden, der dieses bisher unbeachtete Gebiet zum Gegenstande des Unterrichtes nimmt. Auch die Vorlesungen über gerichtliche Medizin, Sachverständigentätigkeit und Unfallkunde könnten dem Attestwesen mehr Interesse widmen. Übungen an konkreten Fällen mit Besprechung der Gutachten würden den Unterricht lebendiger gestalten und die eigne Urteilskraft der Studierenden anregen.

Aber, wie gesagt, die Universitätszeit ist mit andern Dingen zu sehr ausgefüllt, um diesem Kapitel mehr als einen Überblick zu widmen. Die eigentliche Ausbildung gehört in das praktischeJahr.

Wo Akademien bestehen, kann der eben skizzierten Aufgabe von Seiten der klinischen Lehrer in wesentlich größerer Gründlichkeit näher getreten werden. Hier sowohl, wie in Krankenhäusern, denen die Ausbildung der jungen Ärzte für die Praxis überlassen ist, wird es nach dem eingangs dieser Arbeit Bemerkten geradezu zu einer Pflicht der Lehrer, jeden passenden Krankheitsfall auch nach dieser Richtung zu benutzen. Da die ärztlichen Lehrer selbst in der Praxis stehen und oft genug mit der Begutachtung ihrer Kranken quoad Unfall und Invalidität zu tun haben, so bietet sich ihnen die beste Gelegenheit, wirkliche Atteste von den jungen Ärzten arbeiten zu lassen und kritisch zu besprechen. Im weiteren Verlauf der Fälle werden sich dann die Entscheidungen und Beanstandungen, Berufungssachen wie schiedsgerichtliche Verhandlungen als geeignetes Material für eine wahrhaft nutzbringende Belehrung darbieten. Was ich angedeutet habe, geschieht in Wirklichkeit schon vielfach, aber nicht allgemein. Es ist zu wünschen, daß die Zentralbehörde selber auf diese Dinge hinweist und sie in den Unterrichtsplan für das praktische Jahr aufnimmt.

Ferner wird sich das militärärztliche Dienstsemester in erhöhtem Maße dazu ausnutzen lassen, die Sicherheit der jungen Ärzte im Attestwesen zu erhöhen. Unterricht hierin erhalten alle; seitdem die Dienstanweisung vom 13. Oktober 1904 die Prozentbewertung der Erwerbsunfähigkeit für sämtliche militärärztlichen Gutachten eingeführt hat, kommt alles, was der einjährig freiwillige Arzt im Attestwesen lernt, seiner späteren bürgerlichen Tätigkeit zugute. Auch die Form der Atteste und die Disposition des Inhalts wie § 34 der genannten Dienstanweisung gibt, ist nach Weglassung der wenigen speziell militärischen Punkte ein vortreffliches, allgemein wissenschaftliches Muster auch für bürgerliche Begutachtungen. Hier kann noch viel geschehen.

Die Erfahrung hat mir indes gezeigt, wie schnell Unterweisungen vergessen werden, wenn der wohltätige Zwang ihrer Beachtung aufhört und keine äußere Anregung dem Gedächtnis zu Hilfe kommt. Ich war manchmal frappiert von der Oberflächlichkeit und Unvollständigkeit der mir in Unfallsachen gelegentlich zukommenden Gutachten von jungen, praktischen Ärzten, welche gar nicht lange vorher als Einjährig-Freiwillige Ärzte recht gute Atteste gearbeitet hatten. Das führt auf die Forderung zurück, die ich schon in der Diskussion über den Bielefeldtschen Vortrag erhob: nach einer gedruckten Anleitung für die Unfalls- und Invaliditätsbegutachtungen. Die gesetzlichen Bestimmungen, die Einteilung des Stoffes beim Attest, der komplizierte Gang bei Begründung und Fassung des Schlußurteiles, die Prozentbewertung bei den weniger landläufigen Unfallsfolgen*) usw. sind Punkte, die man vor jeder einschlägigen Arbeit gern wieder im Gedächtnis auffrischt. Es ist den maßgebenden Behörden dringend zu empfehlen, der Bearbeitung einer solchen Anleitung näher zu treten. Dafür kann die mehrfach zitierte militärärztliche Dienstanweisung in bezug auf Kürze, Anordnung des Stoffes und Wissenschaftlichkeit — siehe besonders § 34 und Anlage 2 — zum Muster dienen. Ich verlange nicht mehr ein Schema für das Attest; nur die Reihenfolge der zu behandelnden Einzelheiten würde festzulegen sein, damit nichts vergessen wird.

Endlich würde das Reichsversicherungsamt die Ausbildung der Ärzte durch Veröffentlichung und Besprechung zahlreicher Gutachten fördern. Die schon jetzt in den Amtlichen Nachrichten hin und wieder abgedruckten Mustergutachten medizinischer Autoritäten über besonders schwierige Fälle entsprechen diesem Zweck nicht im beabsichtigten Grade. Erstens sind es zu wenige, — im Jahrgang 1901 z. B. nur sieben — und zweitens gewähren solche Paradestücke zwar einen gewissen ästhetischen Genuß, geben aber nur ausnahmsweise einen Anhalt für die Praxis. Was ich im Sinne habe, wären etwa zwanglose Hefte, welche ohne Bezeichnung von Namen, Ort und andern Ursprungsandeutungen Zeugnisse wieder gäben und daran Erörterungen über die Entscheidung oder Beanstandung, und den weiteren Verlauf der Sachen knüpften. Aber auch, wenn dieser Weg nicht beliebt würde, so würde sich als Organ für die Mitteilung die „Sachverständigen-Zeitung" und die „Monatsschrift für Unfallheilkunde" bieten. Die Hauptsache bleibt, weiten Kreisen der Ärzte Entscheidungen nebst Begründung in großer Zahl regelmäßig zugängig zu machen. Die beiden genannten Zeitschriften haben in dieser Richtung schon segensreich gewirkt. Daß es nicht genügt, beweist die Verhandlung, von der vorstehende Erörterung ausging.

Aus der Anstalt zur Behandlung von Unfallverletzten in Posen.

Über eine seltener vorkommende Kalcaneusfraktur.

Von

Dr. Marcus,

leitendem Arzt.

Bei den Frakturen des Kalcaneus unterscheidet man zwei Hauptarten, Querbrüche des hinteren Fortsatzes und Trümmerbrüche des ganzen Knochens. Die erste Art ist die seltener vorkommende. Bei dieser Querfraktur kommt es häufig zu einer mehrminder großen Dislokation des hinteren Fragmentes, indem das abgebrochene Knochenstück durch die Wadenmuskeln emporgezogen werden kann.

---

*) Verhandlungen der Gesellschaft für soziale Medizin 1905, Heft 1, S. 20 und 21.

Der folgende, von mir kürzlich beobachtete Fall dürfte einiges Interesse bieten infolge der starken Dislokation des abgebrochenen Knochenfragmentes.

Es handelt sich um einen 40 Jahre alten Maschinenführer F. T. aus G.

Derselbe erlitt einen Unfall am 14. November v. J. in der folgenden Weise:

Er war als Maschinenführer bei den Erdarbeiten an der Entfestigung auf einem Bagger beschäftigt. Plötzlich brachen Erdmassen los, fielen auf den Bagger und rissen eine aus Brettern bestehende Seitenwand des Baggers herab.

Er — der Verletzte — kam unter die Bretter und Erdmassen so zu liegen, daß er mit dem Bauch auf dem Boden lag, die Erdmassen beide Beine bedeckten und die Bretter auf die Hacke des rechten Fußes drückten. Er hatte sofort heftige Schmerzen in der rechten Hacke, konnte sich nicht mehr erheben und mußte mittelst Wagens nach Hause gebracht werden.

Der sofort hinzugezogene Arzt stellte außer einer leichten Kontusion des Bauches und beider Oberschenkel eine schwere Verletzung des rechten Fußes fest.

Elf Wochen lang mußte er das Bett hüten. Nach dem Verlassen des Bettes konnte er zunächst mit dem rechten Fuß gar nicht auftreten.

Allmählich besserte sich die Gehfähigkeit.

Am 14. März d. J. wurde er auf den Rat des behandelnden Arztes unserer Anstalt überwiesen.

Nach ca. sechswöchentlicher Behandlung war die Gehfähigkeit soweit wiederhergestellt, daß ich den Patienten entlassen konnte. Der im Gutachten beschriebene Entlassungsbefund lautete folgendermaßen:

Mittelgroßer, seinem Alter entsprechend aussehender, kräftig gebauter Mann, in gutem Ernährungszustande, mit nicht nachweislich erkrankten inneren Organen.

Urin eiweiß- und zuckerfrei.

Brüche und Bruchanlagen nicht vorhanden.

Rechte Unterextremität: Bei der vergleichenden Betrachtung beider Unterextremitäten fällt außer einer geringen Verbreiterung der Fersengegend an der Fußsohle nichts auf. Die Achse des Unterschenkels verläuft gerade, die Stellung des Fußes ist gut. Die Fußsohle ist abgeplattet, aber in nicht höherem Grade als es auch links der Fall.

Betrachtet man aber die Rückseite der beiden Fußgelenke, während der Verletzte auf dem Bauche liegt, so fällt auf, daß am rechten Unterschenkel die Gegend, an welcher normalerweise nur die dort verlaufende Achillessehne zu sehen und zu fühlen ist, stark verbreitert ist. Es wird dadurch der Eindruck hervorgerufen, als ob der Fersenbeinknochen in etwas geringerer Breite nach oben hin sich bis zu einer den Knöcheln entsprechenden Höhe fortsetzt.

Bei der Abtastung fühlen sich diese, die zu beiden Seiten der Achillessehne normalerweise vorhandenen Vertiefungen ausfüllenden Massen knochenhart an.

Die Knochenmasse schließt sich unmittelbar an den Fersenbeinknochen an und erstreckt sich in einer Länge von 5 cm nach oben, während die Breite durchweg 3,5 cm beträgt. Der Dickendurchmesser dieser Knochenmasse beträgt ebenfalls durchweg 3,5 cm.

Die Breite der am linken Fuß normal hervortretenden Achillessehne beträgt an den, der rechts vorhandenen Knochenmasse entsprechenden Stellen $^1/_2$ bis $^3/_4$ cm.

Die Fersengegend der Fußsohle ist rechts um 1 cm breiter als links.

Diese eben beschriebene Knochenmasse gehört, wie schon die Abtastung ergibt und wie die beiliegende, genau nach dem Röntgenbilde hergestellte Zeichnung noch deutlicher erkennen läßt, dem Fersenbeinknochen an. Es ist ein aus der Hacke — Calx — des Fersenbeinknochens herausgepreßtes oder abgebrochenes Knochenfragment in länglichschmaler, fast rechteckiger Form, das mit einer schmalen Grundfläche dem Fersenbeinknochen aufliegt und mit einer Längsseite dem Sprungbein zugewendet ist. Es füllt so den Raum zwischen Fußgelenk, Achillessehne, Sprungbein und Fersenbein fast vollkommen aus. Der rechte Fersenbeinknochen erscheint im Vergleich mit dem linken auf dem Bilde im Längsdurchmesser verkürzt, im Höhendurchmesser verlängert. Der Fersenhöcker — Tuberositas calcanei — ist verschwunden. Die hintere Fläche des Fersenbeinknochens verläuft gerade. Außerdem ist, wie das Röntgenbild deutlich zeigt, ein Stück des Sprungbeinknochens an seinem hinteren Teile in den darunter liegenden Fersenbeinknochen hinein getrieben.

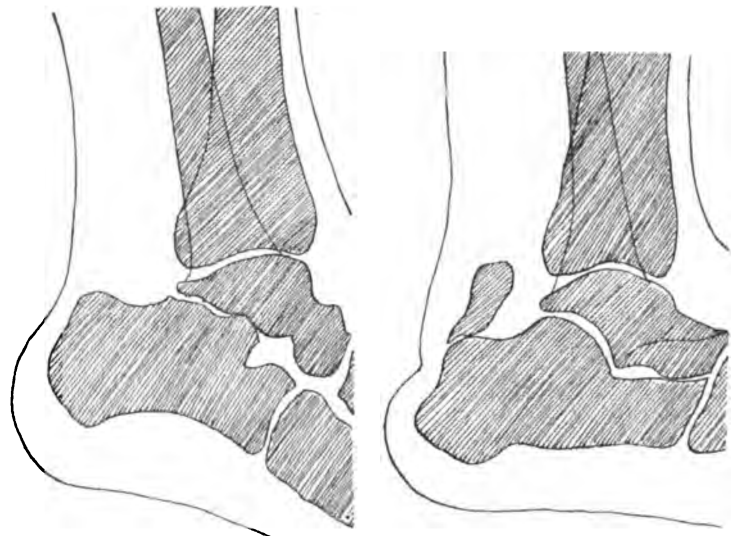


Fig. 1. Fig. 2.

Beide Knöchel am rechten Unterschenkel erscheinen mäßig verbreitert und verdickt. Die Umfangsmessungen ergeben im Vergleich zu links am rechten Unterschenkel über den Knöcheln einen Mehrumfang von 1,0 cm, am Fußgelenk von 2,0 cm.

Schmerzhaftigkeit auf Druck und bei Bewegungen besteht nirgends, ebenso wenig ist Schwellung der Weichteile vorhanden. Im Fußgelenk sind die seitlichen Bewegungen des Fußes aktiv und passiv stark eingeschränkt, fast aufgehoben, weniger stark die Beugung des Fußes fußrücken- und fußsohlenwärts, aber auch aktiv um $^1/_2$ der Norm. Passiv läßt sich der Fuß fußrückenwärts ganz beugen, fußsohlenwärts nicht. Es bleibt auch bei dem passiven Beugen fußsohlenwärts ein Ausfall von 15 bis 20 Grad bestehen.

Das Heben und Senken der Fußränder — Pro- und Supination — ist nicht merklich eingeschränkt.

Die Mittelfußknochen sind gut neben einander verschieblich.

Die Zehen sind gut beweglich.

Knie- und Hüftgelenk normal.

Die Muskulatur ist gut und kräftig entwickelt und hat am Oberschenkel die frühere Stärke wieder erreicht, am Unterschenkel noch nicht. An letzterem ergeben die Umfangsmessungen im Vergleich zu links einen Minderumfang von 2,0 cm.

Störungen des Hautgefühls sind nirgends nachweisbar.

Die elektrische Reaktion der Muskeln ist normal.

T. geht ohne Hilfe eines Stockes, ohne zu hinken. Er ist jetzt imstande, auf jedem der beiden Füße allein zu stehen.

Der Gang erscheint jedoch noch steif und unbeholfen.

Es handelt sich im vorliegenden Fall meiner Meinung nach nicht um eine der häufiger vorkommenden Zerreißungen der Achillessehne oder Rißbrüche des Fersenbeinhöckers, sondern um eine

durch direkte Gewalteinwirkung — Aufschlagen der Bretter — hervorgerufene Querfraktur des hinteren Fortsatzes des Kalcaneus. Die Achillessehne ist vollkommen erhalten und funktionsfähig. Das abgebrochene Knochenstück ist sehr weit nach oben disloziert, aber mit dem Fersenbein doch fest verwachsen.

Aus dem Hafenkrankenhause in Hamburg.

Die Erkennung der Blutverdünnung Ertrunkener mittels Prüfung der elektrischen Leitfähigkeit des Serums.

Von

Dr. Revenstorf.

Die Gefrierpunktsbestimmung gibt den Wert der osmotischen Gesamtkonzentration, das elektrische Leitvermögen bei Abwesenheit nicht leitender Verbindungen den Wert der vorhandenen Elektrolyte an. Für die Bestimmung des Gefrierpunkts ist es ohne Belang, ob die Untersuchung an dem Gesamtblut oder an dem durch Zentrifugieren bzw. Sedimentieren von den suspendierten Elementen befreiten Plasma angestellt wird. Dagegen sind die Werte des elektrischen Leitvermögens nur dann vergleichbar, wenn sie an gleichartig vorbehandelter Flüssigkeit festgestellt wurden.

Nichtleiter verringern die Leitfähigkeit entsprechend ihrer Art und Menge. Der wesentlichste Nichtleiter des Serums ist das Eiweiß, des Gesamtblutes die Blutkörperchen. Bugarszky und Tangl*) fanden, daß je 1 gr Eiweiß in 100 ccm Serum die Leitfähigkeit durchschnittlich um 2,5 % herabsetzt. Im wesentlichen dem schwankenden Eiweißgehalt ist es zuzuschreiben, daß die elektrische Leitfähigkeit des Serums gesunder Menschen kein konstanter Wert ist. Die Blutkörperchen leiten den elektrischen Strom so schlecht, daß man das Leitvermögen des Gesamtblutes nahezu ganz auf Rechnung der Aufschwemmungsflüssigkeit der korpuskulären Elemente setzen kann. Je mehr Blutkörperchen vorhanden und je dichter dieselben gelagert sind, um so geringer ist die Leitfähigkeit der Blutmasse. Die Berücksichtigung des Volumens der suspendierten Elemente ist ein wesentliches Erfordernis bei der Beurteilung des Fäulniszustandes von Organen und Säften der Leiche sowie bei der Beurteilung der Verdünnung von Körperflüssigkeiten Ertrunkener.

Der Dissoziationsgrad des Serums nimmt bei steigender Verdünnung zu, im wesentlichen infolge Ionisation der Molecüle. Dazu kommt die hydrolytische Spaltung des $Na_2 CO_3$ und die Verringerung des hemmenden Einflusses seitens des Eiweißes. Wurde die Verdünnung am Gesamtblut ausgeführt, so wirkt die Dissoziationsfähigkeit des Blutkörpercheninhaltes ebenfalls in dem gleichen Sinne. Wenn daher die λ-Werte der Verdünnung auch nicht genau proportional sind, so beeinträchtigt doch die Abweichung die diagnostische Bedeutung der Methode in keiner Weise.

Beim Experimentieren am klaren Serum (Plasma) lassen sich hinreichend zuverlässige Resultate auch von Leichenblutuntersuchungen gewinnen, wenn man außer der Temperatur, Art und Menge der Nichtleiter (Eiweiß) kontrolliert. Ist das Serum in erheblichem Masse Hb-haltig, so muß der abgelesene Wert korrigiert werden, da nach Stewart jedes Prozent Hb die Leitfähigkeit um ca. 0,8 % herabsetzt.

Im Tierversuch ist von Carrara**) die Prüfung des elektrischen Leitvermögens für die Erkennung des Ertrinkungstodes herangezogen worden. Carrara erhielt bei der Analysierung des verdünnten Herzblutes ertränkter Hunde k-Werte, die in konstanter und regelmäßiger Weise von der Leitfähigkeit des normalen Blutes abwichen und zwar im gleichen Sinne wie die Gefrierpunktserniedrigung.

Dem italienischen Forscher gebührt das Verdienst, wie die Kryoskopie auch die Prüfung des elektrischen Leitvermögens als erster für den besonderen Zweck der Erkennung des Ertrinkungstodes angewendet zu haben.

Carrara führte die Bestimmungen am Gesamtblut aus. Diese Versuchsanordnung ergibt im Tierversuch, wo eine starke Herzblutverdünnung die Regel zu sein pflegt, an dem unmittelbar nach dem Tode aufgefangenen Herzinhalt in diagnostischer Hinsicht hinreichend genaue Resultate.

Die Körperflüssigkeiten ertrunkener Menschen können in dem Zustande, in welchem sie bei der Obduktion aufgefangen werden, für die Bestimmung des elektrischen Leitvermögens indes keine Verwendung finden. Die mit einer scheinbaren Vermehrung der korpuskulären Elemente verbundene Eindickung des Leichenblutes schafft störende Ungleichheiten in der Beschaffenheit des Inhaltes verschiedener Gefäßsysteme. Dem von der Schnittfläche gewonnenen Lungensaft sind stets wechselnde Mengen von Blutkörperchen beigemischt. Zuverlässige Resultate können nur gewonnen werden, wenn die Fehlerquelle, die aus dem Vorhandensein einer wechselnden Menge suspendierter Bestandteile entspringt, ausgeschaltet wird. Erstes Erfordernis ist daher, die Untersuchungen des elektrischen Leitvermögens von Leichenblut nur an der von korpuskulären Teilen befreiten Suspensionsflüssigkeit anzustellen.

Untersuchungen an ertrunkenen Menschen sind bislang nicht veröffentlicht. Um ein Bild der bei ertrunkenen Menschen zu erwartenden Veränderungen zu erhalten, wurde folgender Vorversuch am Kadaver angestellt.

Der in aufrechter Stellung befindlichen Leiche eines erwachsenen Mannes, welcher sich erhängt hatte, wurden ca. 16 Stunden nach dem Tode 1200 ccm Leitungswasser ($\Delta = 0{,}015^0$) durch die Trachealkanüle eingegossen, nach weiteren 24 Stunden die bezeichneten Körperflüssigkeiten aufgefangen und untersucht. Die Herzbeutelflüssigkeit zeigte keine Spur von Hb-Gehalt. Das Blut des rechten Herzens und der Pfortader war entsprechend dem Fäulniszustand der Leiche und annähernd in gleichem Grade hämolysiert. Das Arterienblut zeigte intensive Ertränkungshämolyse.

	Δ	$\lambda^{-4}_{18^0}$	spez. Gewicht
Blutserum, linkes Herz	0,40°	61	1028
Blutserum, rechtes Herz	0,74°	102	1036
Herzbeutelflüssigkeit	0,71°	106	1023
Transsudat der linken Pleurahöhle	0,34°	59	1012
Lungensaft, linker Unterlappen	0,38°	62	1015

Alle Bestimmungen wurden an der klaren serösen Flüssigkeit ausgeführt.

Der Durchschnittswert des Leitvermögens von Blutserum gesunder Menschen fällt bei 18° C auf etwa 103^{-4}. Die physiologischen Schwankungen bewegen sich nach Engelmann*) zwischen 101^{-4} und 105^{-4}. In pathologischen Fällen werden Werte von 96^{-4} bis 114^{-4} beobachtet.

Die drei in dem Versuche berücksichtigten physikalischen Untersuchungsmethoden lassen in übereinstimmender Weise mit Ausnahme des Venenblutes und des Herzbeutelinhaltes eine starke Verdünnung der übrigen Flüssigkeiten erkennen.

Die folgende Tabelle enthält die Untersuchungsergebnisse in fünf Fällen von Tod durch Ertrinken. Diese Todesursache wurde

*) Pflügers Archiv 1898, LXXII, p. 531.

**) Archivio per le Scienze Mediche 1902, Fasc. 3.

*) Mitteilungen aus den Grenzgebieten 1903, XII, S. 396.

in allen Fällen durch den mikroskopischen Lungenbefund einwandfrei festgestellt.

	Linkes Herz		Rechtes Herz		Lungensaft	
	Δ	λ 18°	Δ	λ 18°	Δ	λ 18°
1.	0,50°	95	0,60°	100	—	—
2.	0,46°	78	0,61°	104	—	—
3.	0,79°	103	0,87°	103	—	—
4.	0,49°	96	0,66°	101	LO = 0,46°	85
					LU = 0,41°	79
					RO = 0,45°	83
					RU = 0,39°	79
5.	0,63°	105	0,76°	107	LU = 0,49°	69
					RO = 0,40°	55

Die elektrische Leitfähigkeit des Arterienblutes ist in Fall 1, 2, 4, die des Lungensaftes in den beiden untersuchten Fällen vermindert. Das Venenblut der Fälle 2, 3, 5 erwies sich als nicht verdünnt. Dagegen lassen die λ_{18}-Werte in Fall 1 und 4 der Vermutung Raum, daß vielleicht eine geringe Menge Ertränkungsflüssigkeit in den Inhalt des rechten Herzens übergetreten ist.

Die Kontrolluntersuchungen mit Hilfe des Beckmannschen Thermometers bestätigen die Resultate der Leitfähigkeitsprüfung. Nur in Fall 1 und 4 wurde das zweifelhafte Ergebnis der Leitfähigkeitsbestimmung (rechtes Herz) durch die Depressionsprüfung korrigiert und das Venenblut als unverdünnt erkannt. Hieraus erhellt die Notwendigkeit der gleichzeitigen Bestimmung der Molekularkonzentration zur Bestätigung der stattgehabten Verdünnung.

In Fall 3 und 5 hätte die Bestimmung der Leitfähigkeit ($\lambda_{18} = 103^{-4}$ bzw. 105^{-4}) genügt, um die Möglichkeit des Übertritts von Wasser ins Blut auszuschließen. Aus dieser Tatsache haben wir den Nutzen gezogen, daß in später obduzierten Fällen die Untersuchung auf die Prüfung der Leitfähigkeit des Arterienblutserums beschränkt wurde, wenn sich dieses als unverdünnt erwies.

In solchen Fällen ist das eingedrungene Wasser vielfach noch in der Lunge nachweisbar, dessen Gewebssaft és verdünnt, ohne in Kontakt mit dem Herzblut zu gelangen. Dieser Befund wurde auch in Fall 5 erhoben und ist bereits in einer anderen Arbeit von uns betont worden.

Was nun die Brauchbarkeit des Apparates als diagnostisches Hilfsmittel bei Obduktionen Ertrunkener in der Hand des Gerichtsarztes anlangt, so kann sich in entsprechend eingerichteten Instituten die Untersuchung auf alle Flüssigkeiten erstrecken, die in genügender Menge (4—5 ccm) aufgefangen und von eventuell vorhandenen suspendierten Elementen befreit werden können. Unter primitiven Verhältnissen beschränkt sich die Anwendbarkeit der Methode, selbstverständlich unter Beachtung der für die Versuchsanordnung vorgeschriebenen Kautelen, auf solche Körperflüssigkeiten, die keine suspendierten Elemente enthalten und daher einer weiteren Vorbehandlung nicht bedürfen: die Transsudate der serösen Höhlen, die Cerebrospinal- und Herzbeutelflüssigkeit, der Urin und (mitunter) der Mageninhalt.

Die Handlichkeit des leicht transportablen Apparates*) und die Schnelligkeit, mit welcher die Resultate abgelesen werden können, verleihen der Prüfung der elektrischen Leitfähigkeit den Stempel einer forensisch besonders brauchbaren Methode. Dazu kommt, daß sie bei einiger Übung von jedem Arzte, an jedem Orte und ohne besondere Vorbereitungen angewandt werden kann. Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit des Brusthöhleninhalts frischer Wasserleichen gestattet den sofortigen Nachweis der in die Brusthöhlen transsudierten Ertränkungsflüssigkeit, wenn eine derartige Transsudation erfolgte.

Erweisen sich die untersuchten Körperflüssigkeiten oder ein Teil derselben als nicht verdünnt, so macht der bequeme Gebrauch der Wheatstoneschen Brücke die umständlichere und zeitraubende Depressionsbestimmung überflüssig. Die Anwendung der Brücke entlastet also den Untersucher, der durch die große Zahl der asservierten Flüssigkeiten mitunter übermäßig in Anspruch genommen ist, wenn er nicht darauf verzichten will, die Konzentrationsbestimmung der sekundären Veränderungen unterworfenen Flüssigkeiten im Anschluß an die Sektion auszuführen. Wie bereits erwähnt, sind die aus der postmortalen Veränderung des Blutes, in deren Gefolgschaft das Leitvermögen anfangs ab-,*) später zunimmt, sicher gebenden Fehlerquellen durch gleichzeitig ausgeführte Gefrierpunktbestimmungen leicht auszuschalten. Die beiden Methoden ergänzen sich in einer glücklichen Weise und ermöglichen ein schnelles und sicheres Arbeiten.

Die Bestimmung der elektrischen Leitfähigkeit der Pleuraflüssigkeit Ertrunkener ergibt nach unseren Untersuchungen, die wir länger als ein halbes Jahr in allen frischen Fällen angestellt haben, in fast dem gleichen Prozentverhältnis wie die Gefrierpunktsbestimmungen positive Resultate.

Die elektrische Leitfähigkeit der Körperflüssigkeiten und der Organe ist der Veränderung durch die Fäulnis unterworfen. Sie nimmt entsprechend der seit dem Tode verflossenen Zeit zu in ähnlicher Weise wie der osmotische Druck. Vor Beginn der eigentlichen Fäulnis wird die elektrische Leitfähigkeit des Serums dagegen durch den postmortalen Salzaustausch zwischen Gewebe und Blut in geringerem Maße beeinflußt, wie die Molekularkonzentration. Beispielsweise stellten wir in einem Falle von Tod durch Erhängen, bei welchem die Obduktion hochgradiges Lungenödem als Nebenbefund ergab, folgende Werte fest:

Für den Gebrauch des Gerichtsarztes würde der Apparat eine Verbesserung erfahren, wenn auch die Werte von $0—34 \cdot 10^{-4}$ abgelesen werden könnten. Die spezielle Verwendung zur Untersuchung Ertrunkener macht nach der anderen Richtung nur eine Skalenbreite bis ca. $120 \cdot 10^{-4}$ erforderlich. Jedoch ist die vorhandene Skalenlänge bis $340 \cdot 10^{-4}$ für die Untersuchung im Meerwasser ertrunkener Personen, sowie für die schnelle Bestimmung des Fäulnisgrades und alle Untersuchungen an Faulflüssigkeiten unentbehrlich.

Ich will nicht versäumen, Herrn Dr. Reuter für das Entgegenkommen, mit welchem er aus dem Etat seines Instituts die Mittel zur Deckung der recht erheblichen Kosten des Apparats, dessen Anschaffung mir meine Versuche erst ermöglichte, bereitstellte, auch an dieser Stelle meinen Dank auszusprechen.

*) Der von uns benutzte Apparat ist von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall geliefert und gestattet die Bestimmung der Leitfähigkeit von Elektrolyten in den Grenzen $35 \cdot 10^{-4}$ bis $340 \cdot 10^{-4}$. Der Apparat ist handlich und ursprünglich für den Zweck der klinischen Untersuchung von Blut und Harn angegeben. Seine Konstruktion macht ihn auch für die Bestimmung der λ-Werte aller zwecks Feststellung des Ertrinkungstodes nach den angegebnen Regeln zu untersuchenden Flüssigkeiten, seien sie nun verdünnt oder nicht verdünnt, geeignet. Schlechtleitende Flüssigkeiten dagegen, z. B. die im Magen, in der Highmorshöhle oder im Munde befindliche Ertränkungsflüssigkeit (Süßwasser) können nicht gemessen werden. Ebensowenig lassen sich Untersuchungen am Gesamtblut und an den Organen der frischen Leiche ausführen.

*) Das Leitvermögen des Gesamtblutes, nicht des Serums, nimmt post mortem anfänglich ab als Folge der Eindickung des Gefäßinhaltes, eine Erscheinung, die am deutlichsten zutage tritt im Pfortaderblut. Das Pfortaderblut gibt am meisten Wasser an die Organe ab, wie aus der starken Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen hervorgeht.

	Δ	λ_{18^0}
Linkes Herz	0,62⁰	102
Rechtes Herz	0,87⁰	103
Herzbeutel	0,75⁰	103
Lungensaft	0,65⁰	103

Dieses unterschiedliche Verhalten läßt die Prüfung des elektrischen Leitvermögens theoretisch als ganz besonders geeignet erscheinen zum Nachweis kleiner Mengen ins Blut diffundierter oder dem Lungengewebssaft beigemischter Ertränkungsflüssigkeit. Zur Vermeidung von Irrtümern sind allerdings bei der Beurteilung geringer Differenzen in der Zusammensetzung des Herzblutes beider Hälften und geringer Abweichungen der elektrischen Leitfähigkeit anderer Körperflüssigkeiten von den physiologischen Werten alle Fehlerquellen auszuschließen, denen die Anwendung der Methode unterworfen sein kann.*)

Zusammenfassung:

1. Die Prüfung der elektrischen Leitfähigkeit des zentrifugierten Blutserums, der Transsudate und der Gewebssäfte ist ein Mittel, das in Verbindung mit der Gefrierpunktsbestimmung eine zahlenmäßige Feststellung des Fäulnisgrades der Leiche gestattet.
2. Zur Erkennung der Verdünnung des Blutes, der Transsudate (Pleuraflüssigkeit) und des Lungensaftes Ertrunkener eignet sich die Methode nur, wenn frische Fälle zu untersuchen sind.
3. Blutserum oder Gewebsflüssigkeit, die besser leitend ist als das Serum eines gesunden Menschen oder deren λ_{18^0}-Wert innerhalb der physiologischen Grenze liegt, enthält entweder keine oder eine so geringe Menge beigemischter Ertränkungsflüssigkeit, daß die Verdünnung auch durch die Gefrierpunktsbestimmung nicht nachweisbar ist.
4. Serum oder Gewebsflüssigkeit, die schlechter leitend ist, als das Blutserum des lebenden Menschen, hat eine Verdünnung durch beigemischte Ertränkungsflüssigkeit erfahren. Um Irrtümer unter allen Umständen auszuschalten, empfiehlt es sich, das Resultat durch die Gefrierpunktsbestimmung zu kontrollieren.
5. Der Vorzug der Methode liegt in der Schnelligkeit, mit welcher die Fälle ohne Verdünnung des Blutes und des Lungensaftes ausgeschieden und die Fälle mit positivem Ertrinkungsbefund aufgefunden werden können.

Aus dem Katholischen Krankenhause in Hamm i. W.

Dorsale Luxation im Lisfrancschen Gelenke.

Von

Dr. med. **Alfred Weischer,**

leitendem Arzt des Krankenhauses.

Die Luxationen im Lisfrancschen Gelenk gehören zu den seltenen Verletzungen. Unter ihnen sind am häufigsten die Verrenkungen des Mittelfußes auf den Rücken der Fußwurzelknochen. Schon Hitzig, der im Jahre 1865 als Erster in Deutschland eine kritische Arbeit über sämtliche bekannten Fälle veröffentlichte, schied die rein dorsalen Luxationen von den dorsomedialen und dorsolateralen. Er konnte 11 Fälle aus der Literatur sammeln, denen erst im Jahre 1897 Panse drei weitere hinzufügte. Von diesem Zeitpunkt ab häuften sich die einzelnen Mitteilungen, so daß J. Bayer im Jahre 1904 21 dorsale Verrenkungen zusammenstellen konnte. Der Fall Nimier, den Bayer als 22. aufzählt, darf hierher nicht gerechnet werden, da es sich nur um eine Subluxation sämtlicher Mittelfußknochen handelt. Als neuer Typus tritt bei Bayer die divergierende Form auf, d. i. die einzelnen Metakarpalknochen sind entweder lateral und medial oder plantar und dorsal verlagert. Von den 21 totalen Verrenkungen fallen auf die rein dorsalen 11, dorso-lateralen 7, dorso-medialen 1, divergierenden 2.

Die Zahl der veröffentlichten einzelnen Typen ist demnach noch eine sehr geringe, so daß jeder weitere kasuistische Beitrag zur Klärung dieser seltenen Luxationsform beiträgt.

Der Arbeiter H. K. war im Drahtzug beschäftigt, als sein rechter Fuß von der Drahtschlinge erfaßt und gegen die Schiene angezogen wurde. Der Mann fiel seitwärts hin, so daß der Rücken des Fußes genau gegen die Eisenplatte zu liegen kam. Fast im gleichen Moment wurde von einem Mitarbeiter der Hebel ausgesetzt, so daß die Maschine zum Stillstand kam. Zufällig hatte der Verletzte neue Holzschuhe an, deren Sohle zirka 2 cm dick ist; das Weidenholz ist zähe und ziemlich widerstandsfähig. Trotzdem war die Wirkung der 10 mm dicken Drahtschlinge eine enorme. Seitlich war das Holz völlig durchschnitten, am Boden war der Draht völlig im Holz verschwunden. Der Draht mußte durchgefeilt werden, um den Mann aus seiner Lage zu befreien. Kurze Zeit nach der Verletzung sah ich den Mann im Krankenhaus.

Der rechte Fuß war im Vergleich zum linken nur wenig verkürzt, eine seitliche Abweichung von der Längsachse des Fußes war nicht vorhanden. Dagegen fiel eine enorme Verdickung in Höhe der Fußwurzel auf. Die Zehen waren leicht überstreckt; der Fuß stand zum Unterschenkel in einem rechten Winkel. Die normale Konkavität des Fußes war verschwunden; sie war in eine schwache Konvexität übergegangen. Ein 1 cm breiter, blauroter Streifen zog sich in Höhe der Metakarpalköpfchen quer über den ganzen Rücken des Fußes. An der Innenseite am Beginn der Furche war die Haut 2 cm weit eingerissen; aus dieser Wunde sickerte ständig Blut. Bei der Palpation fühlte man an den Seiten des Fußes die scharf hervortretenden Köpfchen des 1. und 5. Metakarpalknochens. Der obere Rand der übrigen Mittelfußknochen war wegen der stark angespannten Sehnen der Fuß- und Zehenstrecker nur undeutlich zu fühlen. An der Fußwurzel war wohl festzusetzen, daß die abnorme Konvexität eine knöcherne war; Einzelheiten waren aber nicht zu erkennen. Es war nicht möglich, den Fuß irgendwie zu bewegen; der Mann hielt den Fuß wegen der heftigen Schmerzen in der genannten rechtwinkligen Stellung zum Unterschenkel krampfhaft fest.

Der Fuß und die Wunde waren voller Schmutz. In der Narkose habe ich mit Absicht kein Repositionsmanöver gemacht, sondern zunächst das Terrain durch seitliche Inzisionen freigelegt, die ja doch wegen der Infektion der Wunden angeschlossen werden mußten. So konnte ich in vivo den nachstehenden Befund erheben. Die Schnitte an den Rändern des Fußes führten in eine große Höhle, deren Boden vom Tarsus, deren Decke von den straff gespannten Sehnen der Extensoren gebildet

---

*) Nach dem Vorgange von Bousquet (cit. von Hamburger, Osmotischer Druck etc., p. 502) kann die durch die Nichtleiter bedingte Fehlerquelle, die, wie mehrfach hervorgehoben, beim Leichenblut infolge der verschieden weit vorgeschrittenen Eindickung des Serums eine besondere Beachtung verdient, dadurch ausgeschaltet werden, daß man die elektrische Leitfähigkeit der Mineralbestandteile für sich bestimmt. Zu diesem Zwecke trocknet B. das Serum ein und verascht es sodann. Die wäßrige Lösung der Asche wird wieder auf das ursprüngliche Volumen des Serums gebracht. Wenn auch durch dieses Verfahren das Serum noch in anderer Weise verändert wird, als bloß durch Ausschaltung der Nichtelektrolyten, so ergeben sich doch bei gleichem Vorgehen vergleichbare Resultate.

wurde. Nach aufwärts führte die Höhle bis zur Mitte des Fußgelenks, nach abwärts sprang die ganze Reihe der Mittelfußknochen vor, und zwar reichte sie ungefähr bis zur Mitte der Keilbeine und des Würfelbeins. Ich betone, daß eine seitliche Verschiebung nicht bestand; es lag der erste Mittelfußknochen auf dem Os cuneiforme I, die übrigen auf den zugehörigen Knochen des Tarsus. Gegen das Schiff- und Fersenbein hatten sich die Keilbeine und das Würfelbein gut $^1/_2$ cm nach abwärts verschoben.

Die Reposition war leicht durch Zug und Druck zu erreichen; aber der Mittelfuß stellte sich sofort in Subluxation nach oben, und bei geringem Druck auf die Sohle trat die Verrenkung wieder ein. Es zeigte sich deutlich, daß hierbei weniger der gemeinsame Streckmuskel als der Musculus tibialis anticus beteiligt war. Die Sehne war vom Os cuneiforme I abgerissen, saß aber noch fest am Kopf des Os metacarpi I. Der Zug des M. tibialis anticus hob den ersten Mittelfußknochen in die Höhe; da die übrigen Metakarpalknochen noch mit ihm verbunden waren, so folgten sie dem Zuge, nach außen freilich immer weniger. Der fünfte Mittelfußknochen blieb dem Os cuboides gegenüber fast unberührt stehen. Ein Einfluß des Musc. peroneus brevis war nicht nachzuweisen, ebensowenig des Musc. extensor digitorum communis und des ext. hallucis longus. Da die Insertion der Sehnen zu weit abliegt, so würde durch ihren Zug eher eine Subluxation nach unten als nach oben erfolgen.

Bei dem Zug am Mittelfuß zeigte es sich, daß die Ossa cuneiformia und cuboides vollständig aus ihrem Zusammenhang mit den übrigen Knochen gelöst waren und frei in der Wunde lagen; sie wurden daher entfernt. Das Kahnbein hing noch mit der größten Cirkumferenz am Kopf des Talus fest, so daß es erhalten werden konnte. In den nächsten Tagen stieß sich die Haut auf dem Rücken des Fußes im ganzen Bereich des blauroten Streifens nekrotisch ab; später folgten sämtliche Sehnen.

In dieser Zeit konnte man die Wirkung des Musc. tibialis anticus genau verfolgen. Die Metakarpalknochen standen dauernd, nach dem Außenrand des Fußes an Höhe abnehmend, in oberer Subluxationsstellung. Gab man dem Manne den Auftrag, seinen Fuß zu beugen, so erhob sich der erste Mittelfußknochen auf die obere Fläche des Kahnbeins; die äußeren beiden Metakarpalknochen folgten kaum dieser Bewegung. Dieser Vorgang war nun freilich um so leichter möglich, weil das Kahnbein durch den Zug des Musc. tibialis posticus nach abwärts gedrückt und nach einwärts gezogen wurde. Die plantare Bewegung wurde gesteigert durch die Kontraktion der Wadenmuskulatur, welche die Ferse dauernd hob, da die Antagonisten nicht mehr auf den erhaltenen Teil der vor dem Fußgelenk gelegenen Fußwurzel wirken konnten. Es stand demnach der Rest der Fußwurzel dauernd in Equinovarusstellung. Nachdem sich die Sehne des Musc. tib. anticus abgestoßen hatte, sank der Vorderfuß; indes aus dem genannten Grunde stand die Gelenkfläche des Kahnbeins dauernd tiefer, wie die Gelenkflächen der beiden ersten Metakorpalknochen. Die Wunde schloß sich rasch; der Mann konnte nach acht Wochen mit gehfähigem Fuß aus dem Krankenhaus entlassen werden.

Wie schon Sanson angegeben hat, ist in ausgeprägten Fällen, zu denen auch unserer gehört, die Diagnose aus den drei Hauptsymptomen: der Verkürzung des Fußes, der mächtigen dorsalen Erhebung des Metakarpus und aus der Equinusstellung des Fußes, zu stellen. Ich war in der glücklichen Lage, den Mann kurze Zeit nach dem Unfall zu sehen; eine stärkere Blutgeschwulst konnte sich zudem nicht bilden, da eine breite Kommunikation der großen Wundhöhle mit der Außenwelt bestand. Daß eine Schwellung der Weichteile in früherer Zeit eine richtige Diagnose verhindert hat, lehren die Fälle von Malgaigne. Heutigen Tages wird in zweifelhaften Fällen wohl stets eine Röntgenaufnahme Klarheit schaffen.

In unserem Falle fiel die geringe Verkürzung des Fußes nicht besonders auf, zumal die Arbeiter hiesiger Gegend durchschnittlich auf recht großem Fuße leben. Destomehr trat in dem Symptomenkomplex der aufragende Metarkapus hervor, dessen laterale Glieder deutlich mit einem Teile der Gelenkflächen zu fühlen waren. Zwischen den straff angespannten Strecksehnen konnte man bei starkem Druck die vorstehenden Kanten der drei übrigen Mittelfußknochen palpieren.

Als besonderes Charakteristikum betont Hitzig die Equinus-Stellung des Fußes. Daß sie vorhanden ist, geht auch aus unserem Fall hervor; nur tritt sie nicht auffallend in die Erscheinung. Da der Metatarsus stark auf den Tarsus drückte, so waren die Keilbeine, wie der Befund ergab, stark nach der Planta verschoben, und zwar noch mehr wie das Schiffbein, an dem der Musc. tibialis post. und indirekt die Achillessehne zog. Die Equinus-Stellung wurde völlig verdeckt durch die dorsale Knochenmasse, die annähernd eine rechtwinkelige Stellung des Fußes zum Unterschenkel ergab. Viel prägnanter wie die Equinus-Stellung war der Mangel der normalen Konkavität, die sich sogar in eine leichte Konvexität der Planta verwandelt hatte.

Die Haut des Fußrückens ist zart und nur durch lockeres Bindegewebe, das nur wenig Fett enthält, mit der Fascie verbunden; es ist daher hier leicht, vorspringende Knochen zu fühlen. Im Gegensatz dazu ist das subkutane Fett der Planta sehr reich entwickelt; es liegt wie in einer Kapsel fest eingeschlossen zwischen der derben Sohlenhaut und der fascia plantaris. Diese Fascie hebt sich bei der Luxation des Mittelfußes wohl von der Unterlage ab, reißt aber nicht ein, wie die bisherigen Sektionsergebnisse gezeigt haben.

Aus diesem Grunde konnte man wohl festsetzen, daß die pathologische Konvexität des Fußes aus einer gleichmäßig harten, unnachgiebigen Masse bestand, Einzelheiten aber, zumal scharfe Knochenränder waren nicht zu erkennen.

Was den Mechanismus der Luxation betrifft, so lassen sich sämtliche bisher bekannt gewordenen Fälle auf einen Typus zurückführen. Es schob sich der Tarsus unter den Metarsus, denn entweder erstens stürzte die Person, schwer belastet, bei erhobener, durch Muskelaktion festgestellter Ferse nach vorn, oder zweitens es erfolgte ein Sturz aus der Höhe auf den vorderen Teil des Fußes. Hier muß der Vorderfuß im Augenblick, wo er den Boden berührte, gleichfalls durch Muskelaktion fixiert gewesen sein. Oder drittens es ging ein Rad über den Tarsus oder eine Last stürzte auf ihn.

In unserem Falle tritt ein neuer Typus auf, den die moderne, hochentwickelte Industrie gegeben hat. Zum erstenmal ist der Angriffspunkt nicht der Tarsus, sondern der Metatarsus, nicht der Rücken, sondern die Sohle des Fußes.

Um die Genese der Luxation zu verstehen, haben wir drei Momente, die zeitlich aufeinanderfolgen, in der Analyse des Unfalls zu betrachten.

Zunächst wurde durch den festen Schluß der Schlinge, die den vordersten Teil der Fußwurzel erfaßt hatte, das transversale Gewölbe der ossa cuneiformia und des os cuboides von beiden Seiten her eingepreßt, sodaß sowohl die einzelnen Glieder unter sich wie auch die proximalen und distalen Verbindungen völlig gelöst wurden. In diese Kompression mußte das Kahnbein wenigstens teilweise hineingezogen sein, da seine Bänder ungefähr zur Hälfte abgerissen waren.

Die Schlinge hob nun den Fuß in die Höhe, der Mann fiel auf die Seite, die dem verletzten Fuß entsprach. Hierdurch kam der Rücken des Fußes gegen die Eisenplatte zu liegen. Da jetzt die Schlinge fast die ganze Last des Mannes trug, so zog sich der Fuß in dem Holzschuh etwas nach abwärts; der Zug der Schlinge übertrug sich von dem Tarsus auf den angrenzen-

den Teil des Metatarsus. Der Mittelfuß wurde proximal stark gehoben und festgehalten, während die Fußwurzel durch die Last des Körpergewichtes nach abwärts sank. Hierdurch mußte der Fuß im Lisfrancschen Gelenk stark plantarwärts einknicken, so daß sich die Metatarsalköpfchen über die unterste Fußwurzelreihe erheben konnten. Eine weitere Folge war die starke Anspannung der Strecksehnen.

Der Draht mußte durchgefeilt werden, um den Mann aus seiner Lage zu befreien. In dem Augenblick, wo die Schlinge sich löste, gab der Mittelfuß dem Zuge der Strecksehnen nach; die dorsale Luxation war vollendet.

Was die Therapie betrifft, so wird man die Luxationen verschieden behandeln müssen, je nachdem sie mit offenen Wunden kompliziert sind oder nicht. Im ersteren Fall wird man wohl selten mit einer einfachen Reposition sich begnügen können, sondern muß, wie auch wir es gethan haben, eine mehr oder minder große Zahl von Fußwurzelknochen entfernen, um die Wundverhältnisse zu vereinfachen. In unkomplizierten Fällen handelt es sich vor allem um die Stellung der richtigen Diagnose, die früher häufig verfehlt wurde, die heutigen Tages aber mit den vervollkommeten Mitteln der chirurgischen Technik gelingen muß. Ist die Luxation erkannt, so sind auch die Wege der Reposition gegeben, auf die ich nicht weiter einzugehen brauche. In veralteten Fällen kommt man ohne Resektion nicht aus, da die luxierten Knochen an den Berührungsflächen sehr rasch knöchern verwachsen. Eine Operation wird indes wohl meist nicht nötig werden, da sämtliche Verletzte nach Hitzig auf die Dauer eine genügende Gehfähigkeit wieder erlangt haben.

Referate.

Chirurgie.

Schußverletzung des Pankreas und akute hämorrhagische Pankreatitis.

Von Priv.-Doz. Dr. Borchardt, Ass. an der v. Bergmannschen Klinik, Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1904, Nr. 3.)

Verfasser beobachtete und operierte eine Schußverletzung, die den linken Leberlappen, das Lig. hepatogastricum mit seinen Gefäßen, den Schwanz des Pankreas durchsetzte und die Milzgefäße, aus denen eine riesige Blutung erfolgte, durchrissen hatte. Tamponade der Leberwunden mit Jodoformgaze, Unterbindung der Gefäße, Naht der Pankreaswunde durch einige tiefgreifende Nähte und Tamponade des Pankreas und seiner ganzen Umgebung wie auch der der übrigen Verletzungen. Trotz eines subphrenischen Abszesses, einer drei Wochen bestehenden Leberfistel und einer schweren doppelseitigen Brustfellentzündung Genesung nach 13 Wochen.

Aus einer Literaturübersicht über 15 Schußverletzungen des Pankreas (10 gestorben) erhellt der schwere, in der Regel tödliche Verlauf. Außer den zahlreichen schweren Mitverletzungen liegt der Hauptgrund dafür zum allergrößten Teil an der Gefährlichkeit des Austretens von Pankreassaft in das umgebende Gewebe: sein fettspaltendes Enzym spaltet das Fett, die Fettzellen gehen zu grunde, es bilden sich lösliche Seifen und durch Aufnahme von Kalk unlösliche Kalkseifen; die löslichen Spaltungsprodukte bewirken wieder Absterben der Drüsenzellen. Dieser Vorgang kann auch bewirkt werden durch die hämorrhagische Pankreatitis. Sie kann entstehen durch Kreislaufstörungen (Thromben oder Embolieen), durch Eindringen von Fett in den Ausführungsgang der Drüse, gelegentlich auch wohl durch Eindringen von Bakterien, ist aber klinisch schwer erkennbar, da die Erscheinungen, die des Shoks, der Darmlähmung, heftige Kolikschmerzen nicht eindeutig (vgl. Appendicitis, Peritonits) sind. Der Verlauf ist oft sehr schnell, in 24 Stunden, oft langsamer tödlich, sicher auch oft vorläufig gut, aber zu Rückfällen neigend. Indessen haben einige Fälle mit Glück operiert werden können und zwar nach einem Vorschlage von Hahn (Deutsch. Ztschr. für Chirurgie 1901) durch Eröffnung der Bauchhöhle durch einen kleinen Schnitt, Ablassen des Exsudates und Drainage der Bauchhöhle, wodurch Aufsaugung des Pankreassaftes und Abschluß der Umgebung durch Verklebungen erreicht wird. Schwerste Fälle — völlige Zertrümmerung des Pankreas durch eine Blutung — werden freilich wegen des schnellen Verlaufes nicht zu retten sein.

E. Wullenweber-Schleswig.

Über Nierenverletzungen.

(Vortrag, gehalten in der Magdeburgischen medizinischen Gesellschaft.)

Von Dr. Habs, aus der chir. Abt. der Magdeb. Krankenanstalt Sudenburg.

(Münch med. Wochenschr. 1905, Nr. 13)

Verf. bespricht die Symptomatologie der subkutanen Nierenverletzungen und berichtet über einen von ihm beobachteten Fall, welcher seinen Symptomen nach als Nierenquetschung bezeichnet werden mußte, ohne daß das charakteristische Symptom des Blutharnens zu beobachten war. Der Patient war mit der linken Lendengegend auf einen Eisenbahnpuffer aufgeschlagen und hatte die charakteristische Erscheinungen des Chocs, des Lendenschmerzes, welcher bis in die Harnröhre und Hoden ausstrahlte, Spannung der linken Seite der Bauchmuskulatur, schmerzhafte Schwellung der linken Nierengegend, und vor allem Oligurie, die erst innerhalb 14 Tagen wieder normalen Quantitäten wich, dargeboten.

Seelhorst.

Fremdkörper im Rektum.

Von Dr. Curt O. Dietsch in Los Angeles, Kalifornien.

(Deutsch. med. Wochenschr. 1904, Nr. 8.)

Ein durch sein altes Aussehen, schlaffe Züge, Haltung und Bewegungen, seine körperliche Vernachlässigung und sein scheues Wesen der Rektalmasturbation verdächtiger, unverheirateter 39 Jahre alter Mann stellte sich mit einer Flasche im Rektum ein. Den Boden fühlte man 5 cm nach innen vom klaffenden Anus; ihr Kopf konnte etwas links unterhalb des Nabels deutlich gefühlt werden. Nach vielen vergeblichen Anstrengungen des Verfassers gelang schließlich in einer chirurgischen Klinik die „Entbindung" durch die besonders kleine Hand einer Krankenwärterin, nachdem die eines Knaben sich als zu schwach erwiesen hatte. Die Flasche hatte 18,5 cm Höhe und 5 cm Bodendurchmesser.

E. Wullenweber-Schleswig.

Über Myositis ossificans.

Von Ass.-Arzt Dr. Dieterich in Darmstadt.

(Deutsch. mil.-ärztl. Ztschr. 1904, Nr. 1.)

Ein Vizewachtmeister erlitt Anfang April einen Huftritt auf den rechten Oberarm, dicht oberhalb der Ellenbogenbeuge. Nach fünftägiger Massagebehandlung wurde er mit frei beweglichem Arm entlassen. Eine Woche darauf begann eine schmerzlose Behinderung der Ellenbogenstreckung und im Juli stand nach erfolgloser mediko-mechanischer Behandlung der Arm im Winkel von 105° gebeugt und ließ sich nur um 5° weiter biegen. An der Innenseite des Ellenbogengelenks war eine spindelförmige, knochenharte Geschwulst eingebettet, nach dem Röntgenbilde in den Musc. brachialis internus. Die Auslösung gelang leicht; ein Zusammenhang mit dem Knochen bestand nicht, wohl aber gegenüber am Oberarmbein eine schmale Knochenleiste, die abgemeißelt wurde. Die Wiederherstellung der Bewegungsfähigkeit gelang vollkommen.

Das etwa hühnereigroße Stück bestand aus spongiösem Knochen, dessen Bildung an den Grenzen zum Teil durch, zum Teil ohne die Zwischenstufe des Knorpels vor sich ging. Verfasser neigt mehr der Auffassung zu, daß es sich um eine Geschwulstbildung, nicht Entzündung bei der Myositis ossificans handle. Die Krankheit kommt beim männlichen Geschlecht häufiger als beim weiblichen vor, 3,2 : 1, vielleicht wegen der häufigeren Gelegenheit zu Verletzungen. Im Anfang kann gelegentlich noch eine Massagebehandlung Erfolg haben, sonst hat nur die chirurgische stattzufinden. E. Wullenweber-Schleswig.

Ein Fall von subkutaner Zerreißung des Musculus adductor longus.

Von Dr. R. Pollatschek-Wien.

(Wiener med. Wochenschr. 1905. Nr. 7.)

Ein 33jähriger Mann will die Straßenbahn besteigen. Er steht noch mit dem rechten Bein auf dem Boden, mit dem linken auf dem Trittbrett, als sich der Wagen plötzlich in Bewegung setzt. Er kann noch aufsteigen, verspürt aber dabei einen stechenden Schmerz in der rechten Leistenbeuge und hat seitdem Schmerzen bei allen Bewegungen im rechten Hüftgelenk. Die Untersuchung ergibt, drei Tage nach dem Unfall, völlig freie Beweglichkeit im Gelenk, aber Schmerzen bei den Bewegungen. An der Medialseite des Oberschenkels, etwa 4 cm unterhalb der Leistenbeuge, ein bohnengroßer, unebener, harter, etwas verschieblicher Körper, der auf Druck empfindlich und über dem die Haut verschieblich ist. Man konnte an eine entzündete Hernia obturatoria denken, aber am nächsten Tage war die Umgebung bläulich suffundiert, und es wurde daher Abriß eines Knochenstückes angenommen. Bei der Operation fand sich denn auch, daß der medialste Teil des Adductor longus mit dem Knochenstückchen, an dem er inserierte, vom Becken abgerissen war, Naht mit Bronzedraht, Verband in Beugung und Adduktion, völlige Heilung. Der Mechanismus der Zerreißung war wahrscheinlich folgender: Als der Wagen anzog, wurden beide Beine von einander gerissen. Um der zu starken Adduktion des rechten Beines entgegenzuwirken, zog der Mann die Adduktoren unwillkürlich stark zusammen, und da die äußere Gewalt fortdauerte, so riß der Adduktor ab. Es paßt also auf diesen Fall völlig Maydls Beschreibung: „Die Ruptur erfolgt, wenn ein in Kontraktion begriffener oder im Momente der Einwirkung einer neuen Kraft zu ihrer Abwehr durch Reflex in Kontraktion versetzter Muskel von einer seiner physiologischen Funktion im entgegengesetzten Sinne wirkenden äußeren Gewalt oder Last überwunden wird.“ Lehfeldt.

Heilresultate bei Oberschenkelbrüchen.

Von Liniger.

(Deutsche medizinische Wochenschrift. Jan. 1905, Pg. 166.)

L. sprach in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn über die Heilungserfolge bei 300 Oberschenkelbrüchen, die von ihm untersucht und begutachtet waren. Die Minderung der Arbeitsfähigkeit betrug durchschnittlich nach $^1/_4$ Jahr 100%, nach $^1/_2$ Jahr 75%, nach 1 Jahr 50%, nach $1^1/_2$ Jahr 35%, nach 2 Jahren 30% und nach 4 Jahren 25%. Nur 15 Fälle, also 5%, wurden voll erwerbsfähig. Die Durchschnittsverkürzung aller Brüche betrug $3{,}_{12}$ cm. Die Verkürzung war bei Verletzten, die in der Wohnung und in kleineren Krankenhäusern behandelt waren, die gleiche. Die Heilergebnisse von größeren Krankenhäusern waren deutlich günstiger.

In etwa 25% der Fälle konnten zweifellos durch die Gewichtsextension erzeugte abnorme seitliche Beweglichkeit und Überstreckbarkeit im Kniegelenk festgestellt werden. Bei jugendlichen Verletzten werden die Knie im Laufe der Zeit meistens wieder fest, bei älteren Verletzten blieb dagegen die Lockerung des Bandapparates sehr oft dauernd bestehen.

J. Meyer, Lübeck.

Des traumatismes du carpe dans leurs rapports avec les fractures de l'extrémité inférieure du radius.

Von Dr. Leriche-Nizza.

(La méd. des acc. du travail. 1904. Nr. 12.)

An der Hand zweier Fälle, die durch Radiogramme erläutert werden, weist Leriche auf die Notwendigkeit hin, bei Verletzungen am Handgelenk die Diagnose durch das Röntgenbild zu bestätigen. Im ersten Fall war eine Fraktur des unteren Radiusendes diagnostiziert. Das Röntgenbild aber ergab eine Luxation des os skaphoideum und eine Verschiebung des os multangulum majus auf das Dorsum des os Anatum. Im zweiten Fall bestand neben der Fraktur der Radius-Epiphyse eine Drehung des os multangulum majus um seine vertikale Axe, die dem Kranken noch lange nach Heilung des Bruches Schmerzen verursachte. Man darf in solchen Fällen nicht etwa die Stelle der Verletzung selbst stark massieren; gelingt eine Redression nicht, und führt die Massage der Umgebung nicht zu einer Beseitigung der Schmerzen, so wird man im Notfall nicht vor einem blutigen Eingriff zurückschrecken dürfen. Lehfeldt.

Ein Fall von Längsbruch eines Mittelhandknochens.

Von Stabsarzt Dr. Rammstaedt.

(Aus dem Garnisonlazarett Münster i. W.)

(Münch. med. Wochenschrift 1905, Nr. 13.)

Durch Tritt eines Pferdes in die Hohlhand, während der Handrücken dem Steinpflaster des Bodens auflag, wurde ein Längsbruch des Daumenmittelhandknochens herbeigeführt. Der Knochen war, wie eine Aufnahme mit Röntgenstrahlen erst 14 Tage nach der Verletzung ergab, während eine sofort nach dem Unfall vorgenommene Durchleuchtung am Schirm keine Knochenverletzung hatte sichtbar werden lassen, der Länge nach in vier Teile gespalten, ein Bruchspalt reichte in der Handwurzelmittelhandgelenk hinein. Seelhorst.

Gynäkologie.

Über die körperliche Ausbildung der Früchte am Ende der Schwangerschaft.

Von Eugen Schultze, Berlin.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1905. Pg 1.)

Verf. behandelt die Frage, ob Kinder wochenlang vor dem gewöhnlichen Endtermin der Schwangerschaft, d. h. im neunten Mondmonat oder früher mit einem Gewicht und einer Länge geboren werden können, die dem Gewicht und der Länge von als reif bezeichneten Kindern gleich sind. Die Ansichten der Ärzte gehen hierüber sehr weit auseinander. Wenn man sich vergegenwärtigt, daß, wenn auch nur selten, am normalen Ende der Schwangerschaft, Kinder geboren werden, die ohne etwa zu lange getragen zu sein, ein Körpergewicht von 4000 und selbst 5000 g und mehr haben, so ist klar, daß diese Kinder einige Wochen vor dem normalen Geburtstermin ein Körpergewicht und eine Körperlänge haben könnon, die so groß und noch größer sein können, als die normalen Maße am Ende einer Schwangerschaft. Der Gerichtsarzt kann also nur sagen, daß gegen die Möglichkeit einer sehr verschiedenen Entwicklung der Frucht im Mutterleib und das Vorkommen einer sogenannten Früh- oder Spätgeburt reifer Kinder keine Gründe vorliegen. Er wird mithin nur aus den besonderen Umständen des einzelnen Falles beurteilen können, ob die zu prüfende Berechnung der Schwangerschaft Zutrauen verdient oder erhebliche Zweifel zuläßt. J. Meyer, Lübeck.

Zur Statistik und Kasuistik der Fruchtabtreibung.

Von Dr. G. Hedren, Stockholm.

(Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 1 05. Pg. 43.)

Das Material zur Statistik der Fruchtabtreibung ist nur ein unvollkommenes, da es sich auf jene Fälle beschränkt, die Gegenstand gerichtlicher Prozeduren gewesen sind. Die schwedische Statistik zeigt ein starkes Anwachsen der Fälle von 1851 bis 1902, von da an eine ganz auffällige Abnahme. Diese plötzliche Abnahme hat darin ihren Grund, daß durch ein Verbot des Verkaufs der gewöhnlichen Phosphorzündhölzer, das sonst viel benutzte und leicht erreichbare Phosphor nicht mehr so häufig angewandt werden konnte. Das amtlich-statistische Vorkommen der Fruchtabtreibung nimmt im übrigen immer mehr ab durch die sich immer mehr verbreitende Kenntnis und Anwendung der präventiven Mittel im Geschlechtsverkehr und die Ausbreitung der gewerbsmäßigen Ausübung der Fruchtabtreibung und zwar durch die mit Sachverständnis ausgeführte. Die meisten Fruchtabtreibungen betrafen unverheiratete Frauen. Am häufigsten wurden die Versuche während des dritten bis sechsten Schwangerschaftsmonats gemacht.

Von der ganzen Anzahl der bearbeiteten Fälle, 1553, sind in 1539 Fällen die angewandten Mittel mit Sicherheit bekannt. In 1408, d. h. in 90,6% aller Fälle, war dies Mittel Phosphor, und zwar haben in sämtlichen Fällen die Phosphorzündhölzer das Material geliefert. Die Menge betrug in der Regel ein bis zwei Bündel von je 75 Zündhölzern. Meistens wurde hiervon der Phosphor abgeschabt und in Wasser oder Kaffee genommen. Nur in zehn Fällen wurde die gewünschte Absicht erreicht. In allen anderen Fällen trat zwar auch meist der Abort ein, aber die Frau starb.

In 62 Fällen wurde Arsen angewandt. Nur in drei Fällen kam die Frau mit dem Leben davon, alle anderen starben und zwar meist so schnell, daß es gar nicht erst zum Abort kam. In den wenigen noch verbleibenden Fällen wurde Quecksilber in elf, Kalium chromat. in elf, Juniperus sabina in 15, Aloe in sechs, Crocus sativus in vier, Secale cornutum in zwei und mechanische Mittel in acht Fällen angewandt.

J. Meyer, Lübeck.

Abtreibung mit tauglichem Mittel an untauglichem Objekt.

Von Wulffen.

(Arch. f. Kriminalanthr. Bd. 17, Nr. 1.)

Eine hysterische und geistesschwache Arbeiterin, die anscheinend garnicht schwanger war, es aber zeitweise zu sein vermeinte und auch bei andern Personen diesen Glauben erweckte, nahm, um die Frucht abzutreiben, Rotwein und Bitterklee zu sich. Sie wurde wegen versuchter Abtreibung mit tauglichem Mittel bei untauglichem Objekt mit drei Monat Gefängnis bestraft.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie.

Dresden, 28. und 29. April 1905.

Berichterstatter Dr. P. Schroeder-Breslau.

Die beiden Sitzungen des ersten Tages wurden fast völlig ausgefüllt von dem Referat (Weygandt, über Idiotie) und den sich daran anschließenden Vorträgen und Diskussionen über die Idioten- und Schwachsinnigenfürsorge. Das Resultat der Diskussion war Erneuerung der Beschlüsse der Frankfurter Versammlung vom Jahre 1894 und Stellungnahme gegenüber den inzwischen erfolgreich gewesenen Bestrebungen von seiten der Pädagogen und Geistlichen, einen guten Teil der Schwachsinnigenfürsorge der psychiatrischen Aufsicht zu entziehen.

Ein Antrag von Anton-Graz: „Der Verein beschließt, einen Ausschuß zu wählen, welcher fortgesetzt die Frage der Idiotenforschung und Idiotenfürsorge zu verfolgen und dem Verein Bericht zu erstatten hat" wird einstimmig angenommen.

Desgleichen wird ein Antrag Siemens, des Inhalts, daß der Verein im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten den Ärzten vorzuenthalten, erkläre, daß er nach wie vor auf dem Boden der Frankfurter Versammlung stehe, im Prinzip einstimmig angenommen; die genaue Formulierung der Erklärung soll dem Vorstand überlassen werden.

Auf Antrag Gansers wird dazu folgender Zusatz angenommen: Von diesem Beschluß ist sämtlichen deutschen Regierungen Kenntnis zu geben.

Cramer-Göttingen sprach über „Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus". Er führte aus, daß die Gemeingefährlichkeit ein gemeingefährlicher Begriff, dehnbar wie Kautschuk sei und auf alten Vorurteilen basiere. In letzter Zeit ist in der Verwendung des Begriffes eine unverkennbare Wendung zum Schlimmeren eingetreten. Das traurige Vorrecht, als gemeingefährlich angesehen zu werden, haben nur die Geisteskranken, nicht etwa auch andere Kranke, wie solche mit venerischen und anderen Infektionskrankheiten. Die Gefährlichkeit des Geisteskranken wird im allgemeinen überschätzt, und zweitens wird dem Umstande im Publikum viel zu wenig Rechnung getragen, daß die einmal bestehende Gefährlichkeit durch geeignete Behandlung wieder schwinden kann. Der wichtigste Faktor zur Beschränkung der Gemeingefährlichkeit ist die Erleichterung der Aufnahmebedingungen; daneben sind nötig: Aufklärung des Publikums und bessere, sachgemäßere Aufsicht der Kranken nach der Entlassung.

Heilbronner-Utrecht. Über Haftenbleiben und Stereotypie. Der Vortrag erscheint ausführlich. Die Ausführungen bezogen sich der Hauptsache nach auf symptomatologische Beobachtungen an Epileptikern.

In der Diskussion hob Pick die praktische Wichtigkeit der Heilbronnerschen Experimente für die Erkennung von vorübergegangenen epileptischen Anfällen hervor.

Schultze-Greifswald. Weitere Beobachtungen über Militärgefangene.

Sch. berichtet über 51 Militärgefangene, die er während $1\frac{1}{2}$ Jahren in der Bonner Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte.

Vier litten an Imbezillität. Sch. schildert diese Fälle etwas genauer und betont, daß ihre Intelligenzschwäche nicht mehr physiologisch ist. Denn einmal findet sich bei den anderen Militärgefangenen kein derartiger Defekt; dann aber zeigen diese Imbezillen eine Reihe anderweitiger psychischer Anomalien und auch körperliche Störungen; schließlich hatten sie durch ihr Vorleben und Verhalten beim Militär ihre Krankheit bekundet.

Sieben zeigten das Bild des manisch-depressiven Irreseins, vorwiegend in der Form der Depression, zehn das Bild der dementia praecose in der Form der Hebephrenie. 14 Militärgefangene wurden als epileptisch angesprochen, 12 als hysterisch. Einer von diesen letzteren litt an einer hysterischen Parese eines Armes, die sich an eine leichte Verletzung angeschlossen hatte; bei allen anderen handelte es sich um hysterische Dämmerzustände.

Hierzu kommen noch je ein Fall von typischen degenerativen Irresein, von Verschrobenheit, von ausgesprochener pathologischer, hochgradigster Reizbarkeit und schließlich ein Neur-

astheniker, der im Gefängnis erkrankt war und sich einen Meineid hatte zuschulden kommen lassen.

Schultze verfügt jetzt über ein Material von 100 Militärgefangenen, die während eines Zeitraumes von $5^1/_2$ Jahren den Anstalten Andernach und Bonn zugeführt worden sind. Sieben sind unehelich geboren, 25 sind als unsicher eingestellt. Ein Diagramm veranschaulicht die Zusammensetzung des ganzen Materials nach den verschiedenen Krankheitsbildern. Unter den Imbezillen überwiegen die Arbeitssoldaten. Die dementia praecose ist mehrmals zufällig während der Behandlung eines körperlichen Leidens im Lazarett entdeckt worden. Epilepsie und Hysterie sind annähernd mit der gleichen Zahl vertreten; das gilt nicht nur für die Militärgefangenen, sondern auch für die Arbeitssoldaten allein. Es ist nicht wahrscheinlich, daß die Hysterie durch die Einzelhaft ausgelöst wurde, wie dies Sch. früher annahm. Relativ groß ist die Zahl der Bestrafungen wegen Diebstahls bei den Hysterischen, wie die wegen Majestätsbeleidigungen bei den Epileptikern.

Die Hälfte der an Imbezillität und dementia praecose Erkrankten ist wegen Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung bestraft; die Zahl der entsprechenden Fälle ist sowohl bei der Hysterie als auch Epilepsie und dem manisch-depressiven Irresein etwa $^2/_3$.

26 Individuen haben sich einen tätlichen Angriff auf einen Vorgesetzten zuschulden kommen lassen. Der pathologische Rausch spielt hierbei eine große Rolle.

Der größte Teil der Militärgefangenen, etwa $^2/_3$, ist auch ziviliter vorbestraft. Nur sehr selten wurde seitens der bürgerlichen Gerichte die Frage der Zurechnungsfähigkeit angeschnitten.

Die gebotenen Krankheitsbilder waren in einer sehr großen Zahl schwer zu deuten. Sch. begründet kurz noch einige weitere Forderungen.

Nicht nur im bürgerlichen Leben, sondern auch in der Armee und Marine wird der Psychiatrie in letzter Zeit berechtigterweise sehr viel mehr Beachtung geschenkt. Forderungen psychiatrischen Inhalts sind schon erfüllt durch das verständnisvolle Entgegenkommen der Heeresverwaltung. Die Erfüllung der noch bestehenden Wünsche ist danach sicher zu erwarten. (Eigenbericht.)

Seelig - Lichtenberg. Über Wechselwirkungen zwischen Alkoholismus und der Entstehung chronischer Psychosen.

Schlußthesen: 1. Falls einer Bezeichnung nach der Ätiologie Wert beigelegt wird, empfiehlt es sich, dort von alkoholistischen Psychosen zu reden, wo Alkoholismus bei der Genese eine hervorragende Komponente gewesen ist.

2. Bei der Entstehung der meisten atypischen und vieler chronischen Erkrankungen der Gewohnheitstrinker ist ein individueller psychotischer Faktor bemerkbar, der mit dem chronischen Alkoholismus in Wechselwirkung tritt. (Es steht dies im Einklang mit ähnlichen Wirkungen bei manchen anderen äußeren ätiologischen Momenten.)

3. Bezüglich der Prognose ist zu entnehmen, daß die nichtalkoholistische Komponente schon für resp. gegen die Durchführbarkeit der Abstinenz und in diesem Sinne wirksam sein kann. Aber auch ohne Alkoholzufuhr ist diese Komponente zur Bewertung der weiteren Krankheitserscheinungen heranzuziehen.

4. Die Tatsache, daß bei den geschilderten Krankheitszuständen in der Regel eine Wechselwirkung zwischen Disposition oder individueller Anlage und Alkoholismus vorliegt, ist in den Fällen zu berücksichtigen (z. B. bei Ehescheidungen, Kassen- und Unterstützungsfragen, zweifelhafter strafrechtlicher Verantwortlichkeit), wo ein durch Trunkfälligkeit entstandener pathologischer Zustand noch als durch eigenes Verschulden hervorgerufen angesehen wird.

Gesellschaft für soziale Medizin.

(Sitzung am 25. Mai in Professor Lassars Hörsaal.)

Herr Th. Weyl: „Zur Geschichte der sozialen Hygiene im Mittelalter."

Redner erläutert an der Hand zahlreicher Lichtbilder ausführlich die Abwehrmaßnahmen gegen die Pest im Mittelalter. Während im griechischen Altertum von bewußten Maßnahmen des Staates gegen die Volkskrankheiten nichts bekannt ist, während die Römer großartige Anstalten schufen für Kanalisation, öffentliche Bäder, Versorgung mit reinem Trinkwasser, wie z. B. die noch gut erhaltenen Wasserwerke bei Nimes und der Justinianische Aquädukt bei Konstantinopel beweisen, trat mit dem Christentum zugleich eine mystisch-fatalistische Anschauung den Krankheiten gegenüber auf: der Mensch sei gegen die Naturgewalt ohnmächtig. Daher versuchten die Italiener beim ersten Auftreten der Pest keinerlei Abwehrmaßnahmen zu treffen, obwohl es daselbst bereits damals nicht an Gesundheitsgesetzen fehlte, wie die historische Forschung ergeben hat. Erst die Venezianer schritten von Staatswegen ein und suchten die Pest zunächst zu bekämpfen durch einen Befehl, die Leichen der Armen außerhalb der Stadt auf einer nahen Insel zu beerdigen. Aufsehen erregend war für die damalige Zeit ein weiteres Vorgehen: das Verbot der Geißlerzüge.

In den übrigen Städten Italiens und auch in den anderen Kulturländern wurden gerade nach der Proklamation große Prozessionen veranstaltet, die Leichen innerhalb der Stadt, in und um den Kirchen beerdigt. Daher blieb die Pest unausrottbar in Anbetracht der engen Straßen, der mangelnden Kanalisation und der Wohnungsbeschaffenheit, die jeder Hygiene Hohn sprach. Der Redner führt hierbei zahlreiche, sehr interessante Lichtbilder vor von der Bauart des alten Genua, Nizza, Marseille, Hamburg.

Ein Wendepunkt in der Pestabwehr ist erst zu verzeichnen, als im Jahre 1374 Barnabo Visconti, der beim Volke als ein brutaler Tyrann höchst unbeliebt war, eine strenge Art Anzeigepflicht durchführte: Jeder Pestkranke sollte gemeldet werden, sofort die Stadt verlassen, seine Güter wurden konfisziert, für das Anzeigen wurden Belohnungen ausgesetzt. Derselbe schuf 1399 eine Desinfektionsordnung und den Geißlern setzte er einen Termin, sie durften nicht länger als zwei Monate sich im Lande aufhalten. Dies Viscontinische System der Pestbekämpfung wurde allmählich vorbildlich für andere Staaten. 1403 wurde die erste Quarantäneanstalt von Venedig errichtet, das Hospital de Nazaretti. Es folgte in Perugia das Verbot der Einwanderung aus pestverdächtigen Städten. Eine kleine Stadt bei Venedig schloß 1486 zum ersten Male während einer Epidemie die Kirchen. 1577 wurde in Venedig das erste schwimmende Pestlazarett erbaut. Verhängnisvoll dagegen war eine Verordnung in Palermo, derzufolge die Pestkranken in ihren Wohnungen eingeschlossen wurden. Die ersten Pesthäuser richtete Mailand ein. Dieselben waren in drei Abteilungen für Verdächtige, Kranke und Rekonvaleszenten eingeteilt. Hier hausten die „Wunderdoktoren", welche in besonderer Schutzkleidung die Patienten ohne irgend eine Untersuchung „kurierten", bis die Stadtbehörde sie verjagen oder aufhängen ließ.

In Deutschland dauerte es geraume Zeit, bis die Furcht vor der Konstellation der Sterne und die Pestmessen von der obigen Methode verdrängt wurden. Nach dieser Richtung war besonders der Physikus Eurich in Bremen tätig, der ein ausführliches System der Pestbekämpfung nach den Erfahrungen der italienischen Städte entwarf. Zum Schlusse demonstriert Weyl die Photographie eines Desinfektionsapparates für Briefe aus verseuchten Städten, den er in einem Orte bei Venedig entdeckte, ferner zahlreiche Bilder aus dem Krankenhauswesen des Mittelalters.

Die interessanten Ausführungen Weyls sind ein lehrreicher Beitrag wie im Mittelalter die Hygiene ausging vom Staatsoberhaupt und von dessen Beobachtungen und Entschließungen und seinem Verhalten zur Kirche abhängig war, während die Gesellschaft selbst den hygienischen Maßnahmen gegenüber sich durchaus ablehnend verhielt. Charakteristisch sind die strengen Bestrafungen der Zuwiderhandlungen. Je absoluter die Stadt- oder Staatsherrschaft war, um so besser stand es mit den Fortschritten auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege. Diese Erscheinung, welche uns die Geschichte noch bis zur Neuzeit hinein bestätigt hat, kennzeichnet die soziale Hygiene des Mittelalters als reine Staatshygiene.

Herr Guttstadt: „Über die Anfänge der preußischen Medizinalstatistik."

Die Statistik der Todesursachen begann mit Zusammenstellungen aus den kirchlichen Kreisen; zuerst beschäftigte sich bekanntlich Süßmilch mit diesem Gegenstande. Allmählich nahmen auch die Städte und Juristen Interesse an der Bewegung der Bevölkerung, das gewonnene Material war bedeutungsvoll für die Gründung von Versicherungsgesellschaften. Das erste statistische Bureau wurde in Schweden errichtet, in Preußen feiert es in diesem Jahre sein 100jähriges Bestehen. Die Todesursachenstatistik war in Preußen zunächst auf die Mitteilungen der Geistlichen angewiesen, das allgemeine Landrecht verpflichtete dieselben, sich nach den Todesursachen zu erkundigen. Dieses Material gaben sie an die weiteren Instanzen. Seit der Standesamtsgesetzgebung (1. Oktober 1874) wurden die Standesbeamten zur Ausfüllung besonderer Zählkarten verpflichtet. Dazu kam in vielen Städten die Einrichtung der ärztlichen Totenscheine, denen zufolge die Beurteilung der Todesursache dem Standesbeamten erleichtert wird. Die Medizinalabteilung im Statistischen Bureau kann nunmehr als Zentrale den gesamten Urstoff über die Bewegung der Bevölkerung sammeln und verarbeiten. In neuester Zeit finden zwischen Kreisarzt und Statistischem Bureau direkte Verhandlungen statt. Das Virchowsche System der Todesursachen wurde nach eingehenden Verhandlungen im Dezember 1903 und März 1904 zeitgemäß umgestaltet und erweitert. Die Wassersucht wird immer seltener als Todesursache angegeben. Das Material der Medizinalstatistik ist als Grundlage für die Beantwortung zahlreicher sozial-hygienischer Fragen verwendet worden. Die Statistik über Selbstmorde und schwere Unglücksfälle wird besonders geführt, desgleichen die Statistik über die Todesfälle infolge von Pocken. Der Vortragende wünscht, daß auch auf dem Gebiete der Morbiditätsstatistik, die z. B. für die Versicherungsgesellschaften sehr wichtig sind, damit auch Kranke von denselben aufgenommen werden können, Fortschritte gemacht werden. Zum Schlusse demonstriert Guttstadt eine Aufstellung über die Verbreitung von Tuberkulose und Krebs im Deutschen Reich in verschiedenen Lebensjahren und überreicht den Zuhörern seine in der Festschrift zur Feier des 100jährigen Bestehens des Statistischen Bureaus erschienene Sonderarbeit über Medizinalstatistik. —

Auch die Ärzte können einigermaßen stolz auf die Resultate der Medizinalstatistik sein. Sind sie doch bei der Ausfüllung der Totenscheine, dieser verstümmelten Atteste alias Zählkarten, mit anerkennenswerter Uneigennützigkeit beteiligt, und wenn auch in Berlin zu dem Formular A des Totenscheins, B. eine besondere Mitteilung für das Statistische Amt hinzugekommen ist, so dürfte sich wohl kein Arzt dieses Doppelattest von den Hinterbliebenen doppelt bezahlen lassen. Im Grunde genommen muß man sich fragen, weshalb denn der Privatmann eine Extrasteuer in Gestalt des Honorars für den Totenschein leisten muß? Liegt doch hier wirklich nur ein ausschließlich öffentliches Interesse vor. Wenn man bedenkt, daß der Arzt auf die Umgebung des Toten gewisse Rücksichten nehmen muß, so sollte man einsehen, ein wie bedenklicher Mangel darin liegt, daß Laien den ausgefüllten Totenschein durchlesen können. Vielleicht erleben wir doch noch die Zeit, da die Zählkarte durch ein ordentliches ärztliches Attest, abgegeben an ein ärztliches Forum, ersetzt wird. Sowohl die Mortalitäts- als Morbiditätsstatistik würden dadurch nur gewinnen.

XIV. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrts-Einrichtungen.

Offizieller Bericht der Zentralstelle.*)

Hagen, 5. Juni 1905.

Die Zentralstelle für Arbeiter-Wohlfahrtseinrichtungen in Berlin hält ihre diesjährige Konferenz, die XIV. seit ihrem Bestehen, im rheinisch-westfälischen Industrierevier ab, und zwar am 5. und 6. Juni in Hagen i. W. Am vorhergehenden Sonntage hatte sich etwa die Hälfte der Teilnehmer in Essen zusammengefunden, um die Wohlfahrtseinrichtungen der Firma Fried. Krupp Aktiengesellschaft, insbesondere die Arbeiterwohnhäuser, deren Gestaltung am zweiten Tage der Konferenz behandelt wird, zu besichtigen. Am Abend desselben Tages fand in den Räumen der Gesellschaft „Konkordia" in Hagen eine zwanglose Zusammenkunft der Konferenzteilnehmer statt.

Erster Tag.

Die eigentlichen Verhandlungen wurden am Montag, den 5. Juni, vormittags $^3/_4$10 Uhr im großen Saale der „Konkordia" unter Teilnahme von etwa 230 Besuchern aus allen Teilen Deutschlands, zum Teil auch aus Österreich und der Schweiz, eröffnet. Den Vorsitz führt an Stelle des verhinderten Vorsitzenden, Staatssekretärs a. D., Admiral v. Hollmann der stellvertretende Vorsitzende der Zentralstelle, Staatsminister z. D., Wirkl. Geheimer Rat Hentig.

Nach einigen geschäftlichen Mitteilungen, u. a. über Änderungen in den Referaten der am Erscheinen verhinderten Herren Landesrat Dr. Liebrecht - Hannover, Studienrat Kerschensteiner - München — für den Stadtschulinspektor Schmidt-München eingetreten ist —, eröffnete der Vorsitzende die Beratung über das

1. Thema: „Die Belehrung der Arbeiter über die Giftgefahren in gewerblichen Betrieben",

zu dem Vorberichte seitens der beiden Hauptreferenten, der Professoren Dr. K. B. Lehmann-Würzburg und Dr. L. Lewin-Berlin, erstattet waren.

Den einleitenden Vortrag hielt Herr Prof. Dr. K. B. Lehmann, Vorstand des Hygienischen Instituts in Würzburg über die Frage: „Was sind und wie wirken die wichtigsten Fabrikgifte und was ist bisher zu ihrer Bekämpfung geschehen". Als Fabrikgifte definiert der Vortragende alle diejenigen Stoffe, welche die Gesundheit des Fabrikarbeiters, der mit ihnen umgeht, auf chemischen Weg bedrohen. Es kann sich nur um solche Substanzen handeln, die in den Mengen und auf den Aufnahmewegen, wie sie der Fabrikbetrieb mit sich bringt oder mit sich bringen kann, schädlich wirken. Die Schwierigkeit, manche Substanzen als Fabrikgifte zu erkennen, beruht namentlich darauf, daß manche Menschen gegen Gifte auffallend widerstandsfähig, andere auffallend empfindlich sind, daß keine Krankheit nur durch ein bestimmtes Gift, sondern daneben fast stets auch auf anderem Wege entstehen kann, und endlich ist sehr

*) Die Einleitung mußte wegen Raummangels einer redaktionellen Kürzung unterliegen. Dagegen sind die Verhandlungen des ersten Tages bei der Wichtigkeit der auf der Tagesordnung stehenden Fragen dem Wortlaut des Berichts gemäß wiedergegeben. Red.

häufig in den Fabriken, namentlich der chemischen Industrie, Gelegenheit zur Einwirkung mehrerer Gifte nebeneinander geboten, unter denen nicht immer leicht das im gegebenen Fall schädigende herauszufinden ist. Es müssen deshalb Tierversuche, die bei Morden und Unglücksfällen gemachten Erfahrungen mit Giften und gelegentlich Experimente am Menschen zur Aufklärung schwierigerer Fragen über Fabrikgifte herangezogen werden. Besonders schwierig sind solche Versuche, wenn es sich um die sehr langsame Wirkung kleiner Dosen handelt. Bei den Aufnahmewegen der Gifte hat man bisher fast ausschließlich den Mund resp. den Verdauungsapparat und die Atmung berücksichtigt. Der Vortragende teilt eine Reihe von eigenen Versuchen mit, aus denen schlagend hervorgeht, daß eine große Reihe organischer Gifte, namentlich Anilin und Nikrokörper, von der unverletzten Haut des Tieres und jedenfalls des Menschen, unter Ausschluß jedes anderen Aufnahmeweges, aufgesaugt werden und zu schweren Vergiftungen führen. Mit Hilfe großer Tabellen gibt der Vortragende einen Überblick über die Fabrikgifte.

Der zweite Teil des Vortrages von Prof. Lehmann behandelt eine kurze Beantwortung der Frage: „Was ist bisher zur Verminderung der Giftgefahr in den deutschen Fabriken geschehen." Zunächst bespricht der Vortragende die Entwicklung der deutschen Gesetzgebung in kurzen Umrissen. Der Tätigkeit der deutschen Fabrikinspektion in ihrer gegenwärtigen Form spendet der Vortragende ein hohes Lob, doch hält er eine Teilnahme der Ärzte an derselben für wünschenswert, etwa in der Form, daß an jedem preußischen Regierungssitz und in Süddeutschland etwa einstweilen in jedem Land ein Arzt neben dem Regierungsgewerberat angestellt würde. Weitere Maßnahmen des Staates, welche wertvoll für die Verminderung der gewerblichen Vergiftungskrankheiten waren, war einmal die Schaffung der Berufsgenossenschaften. Da jeder Fabrikbesitzer Interesse hat, einer möglichst niedrigen Gefahrenklasse anzugehören, beseitigt er manche Gelegenheit zur gewerblichen Vergiftung. Drittens werden als wertvolle Maßnahmen die Gründung zahlreicher pharmakologischer Institute an den deutschen Universitäten und endlich auch die Gründung des Reichsgesundheitsamtes angegeben. In den folgenden Ausführungen bespricht der Vortragende noch kurz die Leistungen der Fabrikbesitzer zur Verminderung der Giftgefahr, die zum Teil allerdings als hervorragend zu bezeichnen sind, zum Teil allerdings noch ein volles Verständnis ihrer Pflicht vermissen lassen. Als wertvollste Maßnahme wird angeführt: Verbesserung der technischen Einrichtung zur Abführung von Staub und Dämpfen, Ersatz von Menschenarbeit durch Maschinenarbeit, die Einrichtung von Bädern, von obligatorischem Kleiderwechsel, endlich in weiterem Sinne die Gründung von Arbeiterwohnungen, Arbeiterküchen, Speisesälen und allen sonstigen Wohlfahrtseinrichtungen. Ein Urteil über die Frage, in wie weit die Arbeiter dazu beigetragen haben, die Gefahr in den Fabriken zu vermindern, getraut sich der Vortragende nicht abzugeben. Er schätzt aber die bisherige Mitwirkung der Arbeiter in dieser Richtung ziemlich gering ein. Dagegen anerkennt der Vortragende mit warmen Worten zum Schlusse die erheblichen Verdienste, die sich viele Ärzte durch Studien und Publikationen über Fabrikkrankheiten bei der Bekämpfung der Giftgefahr erworben haben. Dabei bedauert er, daß es den angestellten Fabrikärzten aus naheliegenden Gründen häufig nicht möglich ist, die von ihnen gesammelten wichtigen Erfahrungen zu verwerten.

Der zweite Hauptreferent, Prof. L. Lewin-Berlin, führte etwa folgendes aus:

Zu den gefährdetsten Arbeitern gehören diejenigen, denen Gelegenheit geboten ist, giftige Stoffe in ihren Körper aufzunehmen. Es ist als eine Tatsache zu bezeichnen, daß diese Zweige gewerblicher Betätigung von Jahr zu Jahr eine wachsende Zahl von Arbeitskräften, und in besonders großem Umfang auch weibliche erfordert. Die deutsche chemische Industrie, die größte und technisch vorbildlichste der Welt, und die zahllosen von ihr direkt und indirekt abhängigen Industriezweige können nur gedeihen und in Wechselwirkung in erheblicher Weise zum Gedeihen Deutschlands beitragen, wenn sie eine ausreichende Zahl gesunder Arbeiter besitzt. Anderseits erfordert das Staatsinteresse ebensowohl wie das allgemeine menschliche Billigkeitsgefühl, daß der Arbeiter durch seine Beschäftigung nicht weiter körperlich in Anspruch genommen wird, als es die Arbeitsleistung, d. h. die tägliche Abnutzung seiner Körperkraft und die bei allen Arbeiten möglichen, zum Teil unvermeidlichen, wechselnden Einflüsse von Luft und Wärme erforderlich machen.

Allem diesen ist der Giftarbeiter wie jeder andere Arbeiter ausgesetzt, aber außerdem noch der unheimlichen Macht des Giftes, das an einem Tage die Ökonomie seines Körpers oder die Funktion einzelner Organe mehr stören kann, als es die schwerste Arbeit in Jahrzehnten zu bewerkstelligen vermag. Nur wenige ganz Eingeweihte wissen, wie wechselvoll, von Individuum zu Individuum schwankend, bald grob sinnlich wahrnehmbar, bald unauffällig aber unaufhaltsam an Stärke zunehmend, der Vergiftungsprozeß sich darstellen kann. Würde die Kenntnis alles des Unglücks, das durch Gifte angerichtet werden kann, seit langem mehr Gemeingut auch nur der Ärzte oder der Fabrikleiter geworden sein, so würde manches Einzelleben und, da die Gifte auch nicht das Kind im mütterlichen Schoße verschonen — manche Familie nicht vorzeitig ein Ende gefunden haben.

Der Staat hat einige hygienische Maßregeln auch in bezug auf die Festlegung der Arbeitszeiten in besonders gefährlichen Giftbetrieben angeordnet. Aber leider war der Erfolg nicht immer der gewünschte, und selbst wenn er stets einträte, so würde dies nur ein Tropfen Hilfe in einem Ozean von Gefahren sein. Selbst bei dem besten Willen wird es noch so lange dauern, bis auch nur einem größeren Bruchteil der Giftarbeiter der notwendigste Schutz gesetzlich zuteil geworden sein wird, daß man an ein Stück von Selbsthilfe denken muß, um die Gesundheit möglichst da zu erhalten, wo so starke Kräfte an ihrer Zerstörung arbeiten. Um so dringender ist die Pflicht des Helfens, als ein Giftarbeiter, wenn er durch eine größere oder kleinere Zahl von Einzelvergiftungen, also Einzelunfällen, die sich auf Wochen, Monate oder Jahre verteilen, Einbuße an Arbeitskraft erlitten hat oder arbeitsunfähig geworden ist, nicht einmal das Äquivalent erhält, was einem durch einen Unfall in die gleiche Lage gebrachten Arbeiter zuteil wird. Immer wieder werde ich auf dieses Stück sozialer Ungerechtigkeit hinweisen, bis ein Weg zur Abhilfe beschritten sein wird.

Die meisten der Giftarbeiter kennen nicht so die Gefahren ihrer Arbeit, daß sie alles, was in ihren Kräften steht, zur Vermeidung derselben auch da tun, wo es möglich ist. Noch immer aber ist es so gewesen, daß Aufklärung und Wissen Wege zur Besserung von Schädlichen hat finden lassen. Deshalb halte ich es für aussichtsvoll, ein solches Wissen in die zunächst beteiligten Kreise der Arbeiter zu tragen. In mehreren Veröffentlichungen und eingehend in dem den Konferenzteilnehmern gelieferten Vorberichte habe ich die Wege zum Ziele gekennzeichnet. Es sind die Wege der Belehrung. Zuvörderst muß ein größerer Stamm von Wissenden geschaffen werden, die für die Verbreitung der Aufklärung auf diesem Gebiete tätig sein können. In erster Reihe habe ich an Lehrer von Volks-Fortbildungs- und Fachschulen gedacht. Was der Jugend als Wissen für die Erhaltung der Gesundheit überantwortet wird, bleibt unvergessen und wirkt später als Ferment für andere, nicht Unterrichtete. Die Belehrung in der Volksschule soll sich in

den naturwissenschaftlichen Unterricht einfügen, während sie in den Fortbildungs- bzw. Fachschulen sich auf die in den einzelnen Berufen vorkommenden Giftgefahren speziell beziehen soll.

Gleich den Lehrern, deren Unterweisung notwendig ist, würde es zweckmäßig sein, auch die Gewerbeaufsichtsbeamten an einer solchen teilnehmen zu lassen, da ihnen ein Stück toxikologischer Bildung sehr not tut. Sie wie andere Wissende könnten in größeren Fabrikzentren auch durch Vorträge nützen.

Eine besondere Wirkung verspreche ich mir für alle diejenigen Arbeiter, die Unterweisungen nicht erhalten haben oder auf den bezeichneten Wegen nicht erhalten können, auch für die hausindustriell Arbeitenden, von der Belehrung durch Flugblätter. Nicht nur jeder Giftbetrieb, sondern auch jeder Teilbetrieb eines größeren Giftbetriebes sollte in solchen Blättern volkstümlich behandelt werden. Dadurch würden auch im Laufe der Zeit die Schutzmaßregeln mit der Eigenarte, und der Schwere jeder Giftarbeit mehr in Übereinstimmung gebracht werden, als es bisher bei der Forderung allgemeiner Schutzmaßregeln für komplizierte Betriebe möglich war. Die Verbreitung solcher Flugblätter sollten die Arbeitgeber oder Gewerkschaften oder der Staat oder die Kommunen in die Hand nehmen. Man kann überzeugt sein, daß ein solches Stück Aufklärung die glücklichsten Folgen für die Erhaltung der Giftarbeiter und -Arbeiterinnen zeitigen muß.

Über die Mitwirkung der Arbeitgeber in dieser Frage referierte Fabrikdirektor Professor Dr. Lepsius-Griesheim. In der Einleitung beleuchtete er die Statistik der Giftbetriebe; es sei schwierig, sich ein Bild der tatsächlichen Verhältnisse zu machen, und dieser Mangel lasse die Lage leicht schlimmer erscheinen, als sie in Wirklichkeit sei. Auf den gegenwärtigen Stand der Giftbetriebe eingehend, besprach er dann die verschiedenen Betriebsarten und -stätten. Er forderte einen Ausschluß der Giftbetriebe aus den Wohnungen, also ein Verbot der Heimarbeit mit Giften, ferner die Abschaffung der Frauen- und Kinderarbeit in solchen Betrieben. Bei den kleineren Werkstätten mit vorwiegend manuellem Betriebe, deren Leitern häufig die nötigen chemischen und konstruktiven Kenntnisse fehlten, müßte auf Verbesserung der Einrichtungen hingedrängt werden. Bei den größeren Betrieben seien wohl fast alle etwa möglichen Schutzmaßregeln und Erleichterungen eingeführt, die den Arbeiter mit Vertrauen an die Arbeit gehen lassen. Aber die chemische Industrie schreite rapide und plötzlich fort, es kämen so viele Überraschungen vor, die in ihren Ursachen und Wirkungen zu erkennen nicht immer gleich gelinge. Als Beispiel führt er die oft behandelte Chlorakne an. Von Vorbeugungsmaßregeln seien besonders folgende zu empfehlen: Pflege der Sauberkeit im Betriebe und der Reinlichkeit bei den Arbeitern durch Einrichtung reichlicher und bequemer Wasch- und Badegelegenheiten, Stellung von Arbeits- und Unterkleidern, Verkürzung der Arbeitszeit, Fürsorge für gute Ernährung der Arbeiter durch Menagen usw. Wesentlich sei aber die ärztliche Überwachung; es genüge nicht, die Neueintretenden zu untersuchen, sondern es müßte in bestimmten Zeiträumen, etwa monatlich oder wöchentlich, in gefährlichen Betrieben sogar täglich, eine ärztliche Kontrolle Platz greifen. Für diese Maßnahmen sei nicht nur ein Aufwand von Zeit und Geld erforderlich, sondern ein gewisses Können und ein guter Wille unentbehrlich. Hierbei müßten die Organe der Gewerbeaufsicht und der Berufsgenossenschaften helfend eingreifen, deren Zusammenarbeiten mit den Fabrikleitern der Referent aus eigener Erfahrung als außerordentlich wertvoll und dankenswert bezeichnet. Nur müßte namentlich den Gewerbeaufsichtsbeamten durch Vermehrung der Stellen mehr Muße gegeben werden, damit sie sich noch eingehender mit den hygienischen und toxikologischen Aufgaben beschäftigen könnten. Bezüglich etwa vorzuschlagender neuer Wege der Belehrung führt er folgendes aus: Von Belehrungen durch Merkblätter usw. verspreche er sich keinen großen Erfolg, da gedruckte Bestimmungen auf die Arbeiter meist wenig einwirkten; man finde oft Geringschätzung und Nichtbeachtung solcher Zettel. Bewährt habe sich dagegen die Methode, daß Aufseher die wichtigsten Vorschriften, die für sie in ein besonderes Buch eingetragen sind, an jedem Löhnungstage vorlesen; die Arbeiter haben dies durch Unterschrift zu bestätigen. Hier sei mit einiger Sicherheit eine Einwirkung möglich; auch sei man daraufhin in der Lage, bei Nichtbeachtung mit Verwarnungen und gelinden Strafen vorzugehen. Voraussetzung sei natürlich, daß die geforderten Schutzmaßregeln nicht nur keine Schädigungen, sondern auch keine Unbequemlichkeiten verursachten. Die in den großen Betrieben eingeführten Maßnahmen hätten seines Erachtens genügt, um die Gefahren auf das Mindestmaß zu beschränken. Sie ganz zu beseitigen, sei unmöglich, schon mit Rücksicht auf den steten Wechsel in den Produkten aus den Arbeitsmethoden, da neue Fabrikationen auch neue Gefahren zeitigten. Wertvoll sei die stetige Verbesserung der maschinellen Einrichtungen, die besonders die Handarbeit zu ersetzen hätten. Notwendig sei vor allem eine dauernde physiologische Untersuchung der zu verarbeitenden Substanzen. Die Tätigkeit und die Ergebnisse der Wissenschaft seien mit lebhaftem Danke zu begrüßen, ebenso die Maßnahmen des Kaiserlichen Gesundheitsamts. Referent empfahl, zweckmäßig im Anschluß an das Kaiserliche Amt, ein Institut für experimentelle Fabrikhygiene zu schaffen, in dem Erfahrungen zusammenlaufen, alle Daten gesammelt und von dem Anweisungen und Belehrungen ausgehen müßten; auch seien hier entsprechende Kurse für die Gewerbeaufsichtsbeamten einzurichten. Die chemische Industrie sei sich der schweren Aufgabe und der Verantwortung auf diesem Gebiete wohl bewußt; in Verbindung mit der Wissenschaft hoffe sie ihr aber gerecht zu werden.

Über die Frage, was der Arbeiter zur Belehrung über die Giftgefahren tun könne, führte Dr. H. Rößler-Frankfurt a. M. etwa folgendes aus: Die Arbeiter tun nicht genug, wenn sie den Anordnungen der Fabrikleitung in bezug auf Giftgefahren Folge leisten. Sie sollen und können vielmehr auch von sich aus bei der Bekämpfung dieser Gefahren mitwirken und zur Belehrung ihrer Kameraden sehr viel, vielleicht das meiste, beitragen. Diese Belehrung durch die Arbeiter selbst ist möglich 1. von Mann zu Mann bei der Arbeit, 2. durch Arbeiterausschüsse, 3. durch die Arbeiterorganisationen. In Fabriken, wo die Belegschaft nicht zu viel wechselt, ist es mit gutem Erfolg eingeführt, daß die älteren, erfahrenen Arbeiter die Neueintretenden belehren und aufklären. Mehr schon können die Ausschüsse, da, wo sie nicht nur auf dem Papier stehen, leisten durch Kontrolle der Versuchsmaßregeln und deren Anwendung, durch Belehrung der Neueintretenden, Veranstaltung von Besprechungen und Vorlesungen und Verteilung von Merkblättern. Einzelne Mitglieder des Ausschusses sollte man durch Teilnehmen an geeigneten Instruktionskursen oder durch besonderen Unterricht dazu vorbereiten. Als Beispiel kann die Fabrik der „Deutschen Gold- und Silberscheideanstalt“ in Frankfurt a. M. dienen, wo der Arbeiterausschuß, in Übereinstimmung mit der Fabrikleitung, die Belehrung übernommen hat. Bei weitem am meisten kann aber geholfen werden, wo Arbeiterorganisationen bestehen, wenn diese sich der Sache annehmen. Dieselben werden in der Lage sein, von sich aus Vorlesungen durch Sachverständige zu arrangieren, die Presse in unserem Sinne zu beeinflussen, ihre jüngeren Mitglieder zum Besuch der Fortbildungsschule und später der Volksvorlesungen anzuhalten. Auch können sie einzelne Vertrauensmänner durch Instruktionskurse vorbilden lassen. Ein mustergültiges Beispiel geben die

Weißbinder in Frankfurt, die Vorlesungen veranstalten, Werkblätter wiederholt verteilen lassen und die Belehrung systematisch betreiben.

Dr. F. Blum-Frankfurt a. M. verbreitete sich darüber, was der Fabrik- bzw. Kassenarzt zur Lösung der Frage tun könne. Voraussetzung für eine gedeihliche Betätigung des Fabrik- bzw. Kassenarztes ist seine genügende Vorbildung in der Lehre von den Gewerbekrankheiten und der Gewerbehygiene, sowie seine völlige Unabhängigkeit von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern der Fabriken. Um eine ausreichende Vorbildung zu ermöglichen, ist neben den Studien in den hygienischen und toxikologischen Instituten ein sachgemäßer klinischer Unterricht zu verlangen. — Es ist empfehlenswert, daß in den Krankenhäusern der großen Industriezentren, sowie an den Universitäten und Akademien, soweit es der Krankenstand irgend erlaubt, besondere Abteilungen für Gewerbekranke eingerichtet werden. Als Fabrikarzt soll nur derjenige angestellt werden können, der eine spezielle Ausbildung in hygienischen und toxikologischen Instituten, sowie die praktische Betätigung an einer Gewerbekrankenabteilung nachweisen kann. Es ist wünschenswert, daß auch jede Krankenkasse über einen in entsprechender Weise vorgebildeten Vertrauensarzt verfügt. Der unabhängige und hygienisch geschulte Fabrikarzt ist sicherlich ein hörenswerter Berater für die Fabrikleitung und die Arbeiterschaft. Auf letztere wird der Fabrikarzt am besten einwirken durch besondere Belehrung der Vorarbeiter und Werkführer über die Giftgefahren ihrer Betriebe, über die Eingangspforte des Giftes in den Organismus und über sein Verbleiben daselbst, sowie über leicht zu erkennende Symptome der Vergiftung, vornehmlich im Initialstadium. Die Arbeiterschaft ist in gelegentlichen größeren Instruktionsstunden zu belehren. Vorgekommene Vergiftungen sollen stets den Gegenstand eingehender Besprechungen mit den Betriebsleitern, den verantwortlichen Werkführern und eventl. mit der Arbeiterschaft abgeben. Hierbei möge der Schwerpunkt darauf gelegt werden, daß in dem Arbeiter Klarheit darüber wird, wie — wofern ein Versäumnis vorliegt — die Vergiftung hätte vermieden werden können. Der gesunde Arbeiter, der in einen Giftbetrieb eintreten will, soll von dem Fabrikarzte nicht nur auf seine körperliche Tauglichkeit geprüft werden, sondern soll auch über die drohende Giftgefahr von ihm belehrt, in ihrer Verhütung unterwiesen und auf sein Verständnis hierzu geprüft werden. Der erkrankt gewesene Arbeiter, sofern derselbe überhaupt noch in der Fabrik verwendbar ist, muß über die Ursachen seiner Erkrankung und über die Unzweckmäßigkeit seines früheren Verhaltens belehrt werden; auch ist es ihm nicht vorzuenthalten, wofern eine Herabsetzung seiner Widerstandskraft gegenüber der gewerblichen Vergiftung eingetreten ist oder er sich als besonders disponiert zu einer Vergiftung erwiesen hat. Außerhalb des Fabrikbetriebes kann der Arzt durch einschlägige Vorträge und Demonstrationen in den Gewerkschaften usw. viel Nutzen schaffen.

Regierungs- und Gewerberat Oppermann-Arnsberg führte aus, was der Gewerbe-Aufsichtsbeamte dazu beitragen könne, den Schutz der in Giftbetrieben beschäftigten Arbeiter dadurch vollkommener zu gestalten, daß er durch Belehrung der Arbeiter diese in stärkerem Maße als bisher zur Förderung der Gewerbehygiene, speziell ihrer persönlichen Hygiene, anregt. Er schildert zunächst die Art der Tätigkeit, die der Gewerbeaufsichtsbeamte bei der Revision eines gefährlichen Betriebes auszuüben hat. Wenn sich die erlassenen gesetzlichen Bestimmungen nur an den Arbeitgeber, nicht aber an den Arbeiter wenden, der Beamte sich also in erster Linie an den ersteren zu halten hat, so sei es unausbleiblich, daß der Gewerbeaufsichtsbeamte sich bei seinen Feststellungen und Erkundigungen mit Fragen an die Arbeiter wendet, woran sich, der bisher geübten Praxis entsprechend, eine Belehrung des Arbeiters knüpft, die eines gewissen Eindruckes nicht entbehren wird und die durch mündliche Weitererzählung die nötige Verbreitung unter den Arbeitern finden wird. Der Erfolg der persönlichen direkten Belehrung durch die Gewerbeaufsichtsbeamten wechselt sehr mit der Verschiedenartigkeit der Verhältnisse. Wirksam wird die Belehrung sich bei einem Betrieb mit ständiger Arbeiterschaft gestalten, weniger erfolgreich wird sie sein, wenn eine solche ständige Arbeiterschaft nicht vorhanden ist, was leider bei vielen Giftbetrieben, die ungelernte Arbeiter beschäftigen können, der Fall ist. In solchen Betrieben wird damit zu rechnen sein, daß bei jedem Besuch des Gewerbeaufsichtsbeamten ein ziemlich neues Arbeiterpersonal vorhanden ist, welches stets von neuem unwissend und sorglos die zu ihrem Besten getroffenen Schutzvorrichtungen übertreten. Weil der Gewerbeaufsichtsbeamte wegen seiner sonstigen Dienstaufträge die Revisionstätigkeit nicht mehr erheblich steigern kann und weil ihn sein amtlicher Auftrag in erster Linie an den Arbeitgeber verweist, so wird der Beamte nicht in die Lage kommen, seinen Einfluß auf die Belehrung der Giftarbeiter noch wesentlich zu erhöhen. Immerhin wäre es ein erstrebenswertes Ziel, wenn auch die direkte Belehrung der Arbeiter durch die Gewerbeaufsichtsbeamten eine bessere werden könnte. Die eigene Initiative würde an dem gegenwärtigen Zustande wenig ändern können; eine Besserung würde dagegen auf dem Wege denkbar und möglich sein, daß zwischen diesen Beamten und den Arbeitern eine bessere und häufigere Berührung geschaffen würde. Die Aufgaben der Gewerbeordnung müßten zu diesem Behufe eine Erweiterung dahin erfahren, daß sich die Bestimmungen wegen Durchführung der Schutzmaßregeln, insbesondere auf dem Gebiete der Hygiene, nicht mehr allein an den Arbeitgeber, sondern daß sie sich auch an den Arbeitnehmer wendeten. Nur die Unfallversicherungsgesetzgebung zeigt für diesen Weg Anfänge; die Gewerbeordnung mit ihren Ausführungsverordnungen, als das hauptsächlichste Arbeiterschutzgesetz, kennt diesen Satz bisher nicht. Dem Rechtsgefühl würde es sicher nicht widersprechen, wenn dem Gewerbeaufsichtsbeamten die Befugnis zuerkannt würde, daß er neben dem Arbeitgeber auch dem Arbeitnehmer Strafen androhen könnte, wenn letzterer Schutzvorschriften leichtfertig unbefolgt läßt. Ein anderes Mittel zur Förderung des direkten Verkehrs zwischen den Arbeitern und den Gewerbeaufsichtsbeamten bestände darin, daß die letzteren Gelegenheit nehmen, in Arbeiterversammlungen belehrende Vorträge zu halten. Da derartige Veranstaltungen nur dann zustande kommen, wenn die Arbeiter in Fachvereinen zusammengeschlossen werden, so dürfte es erwünscht sein, derartigen fachlichen Vereinigungen unter den Giftarbeitern jede nur mögliche Förderung zuteil werden zu lassen.

Über die Mitwirkung der Medizinalbehörde beim Schutz der Arbeiter in Giftbetrieben sprach Geheimer Medizinal- und Regierungsrat Dr. Roth-Potsdam. Die Mitwirkung der Medizinalbehörde auf dem in Rede stehenden Gebiet kommt in Frage einmal bei der Feststellung der Größe der Gefahr und zweitens bei ihrer Verhütung. Zur Feststellung der Größe der Gefahr bedarf es in erster Linie der Mitwirkung der Krankenkassen und Kassenärzte, einer Ergänzung der bisherigen einzureichenden statistischen Unterlagen durch Einführung einer besonderen nicht für den Kranken bestimmten ärztlichen Zählkarte, die zur Kenntnis des Medizinalbeamten zu bringen ist. Die für eine Reihe gesundheitsschädlicher Betriebe vorgeschriebenen Kontroll- oder Krankenbücher haben ihren Zweck, einen Einblick in die Gesundheitsverhältnisse der Betriebe zu gestatten, bisher vor allem deshalb nicht erfüllt, weil die Fabrikärzte von der Fabrikleitung nicht überall so unabhängig sind, wie es im Interesse der Sache gewünscht werden muß. Diese Untersuchungen sind daher von der Fabrikleitung unabhängigen

wird auf unbestimmte Zeit in der Anstalt interniert und kann nur unter großen Schwierigkeiten wieder entlassen werden, obwohl die von ihm begangene, oft ganz geringfügige gemeingefährliche Handlung häufig nicht einmal durch seine Geisteskrankheit, sondern durch ein unzweckmäßiges Verhalten seiner Umgebung bedingt ist.

Zudem sind diese sogenannten gemeingefährlichen Geisteskranken durchaus nicht immer so krank, daß die Internierung in der Anstalt für sie und die Gesellschaft das beste ist. Vielfach sind sie noch imstande, soziale Werte zu produzieren, anstatt daß sie durch die Einsperrung in Anstalten der Gesellschaft zur Last liegen.

Bei einer daraufhin vorgenommenen Sichtung des Göttinger Krankenmaterials fand Vortragender folgendes:

Unter ca. 300 Kranken der Männerabteilung konnte er 90 ermitteln die nach dem Aufnahmegutachten als gemeingefährlich bezeichnet wurden. Nach dem Grade der Gefährlichkeit teilte er sie in fünf Untergruppen, und zwar wie folgt:

Es fanden sich erstens elf Kranke, bei welchen überhaupt nur die Vermutung ausgesprochen war, daß sie ihrer Krankheitserscheinungen wegen (Angst, Halluzinationen usw.) gelegentlich gefährlich werden könnten. Von diesen „potentiell gefährlichen" erwiesen sich in der Anstalt sechs als sozial sehr brauchbare, entweder in ihrem Berufe oder in anderen Beschäftigungszweigen sehr geschickte Leute mit einer wertvollen Arbeitsleistung. Drei arbeiteten nicht, richteten aber auch keinen Schaden an und werden als sozial indifferent bezeichnet, zwei sind sozial bedenklich, d. h. sie bedürfen entweder wegen ihrer sonstigen Krankheitserscheinungen oder wegen einer noch bestehenden Neigung zu insozialen Handlungen einer fortgesetzten Pflege oder Aufsicht.

Unter die zweite Gruppe rechnet er 24 drohende Kranke, d. h. solche, welche die Ausführung irgendeiner insozialen Handlung beabsichtigten, davon sprachen, aber sie nicht zur Ausführung brachten. Unter diesen fand er 18 sozial Brauchbare, drei sozial Indifferente und drei sozial Bedenkliche.

In die dritte Gruppe rechnet er 24 angreifende Kranke, die bereits zur Tat geschritten waren, aber an der Vollendung verhindert wurden, ohne daß ein nennenswerter Schaden entstand. Unter diesen fanden sich 19 sozial brauchbare, drei sozial indifferente, zwei sozial bedenkliche Kranke.

Eine vierte Gruppe wird gebildet von zehn Kranken, welche Sachbeschädigung begangen hatten. Sie bestand aus sechs sozial brauchbaren, einem sozial indifferenten und drei sozial bedenklichen Kranken.

In die letzte Gruppe rechnet er 21 Kranke, die Körperverletzungen von der einfachsten Form bis zu solchen mit schweren und tödlichen Ausgängen verlaufenden begangen hatten. Darunter befanden sich 16 sozial brauchbare, drei sozial indifferente und zwei sozial bedenkliche Kranke.

Im ganzen stehen also unter diesem Beobachtungsmaterial von 90 sog. Gemeingefährlichen den 65 sozial noch sehr leistungsfähigen Kranken 25 mit einer geringen oder negativen Leistungsfähigkeit gegenüber.

Ein Vergleich mit der gesamten Männerabteilung, welche unter ca. 300 nur 165 beschäftigte Kranke aufweist, zeigt zunächst, daß die sog. gemeingefährlichen Kranken in einem viel höheren Prozentsatz noch befähigt sind, soziale Werte zu produzieren.

Ohne bestimmte Vorschläge für die Behandlung der wirklich gefährlichen Kranken machen zu wollen, schließt Vortragender mit dem Hinweise, daß eine Erleichterung nach dieser Richtung schon geschaffen würde, wenn bei der Aufnahme von Geisteskranken der Begriff der Gemeingefährlichkeit vorsichtiger gehandhabt werde, und wenn die Entlassungsmöglichkeiten erleichtert würden. Vortragender weist außerdem auf die Erfolge hin, welche man in der Familienpflege mit der Unterbringung solcher Kranker erzielt hat, die wegen einer dauernden Labilität nicht unbedenklich sind, aber unter Gewährung einer gewissen Aufsicht doch ein ziemlich erhebliches Maß von Bewegungsfreiheit erhalten können und dabei noch soziale Werte produzieren.

Sommersemester 1905.*)

Sitzung am 2. Juni.

Prof. Dr. Hans Groß aus Prag (als Gast):

„Entstehung, Entwicklung und Zukunft der Kriminalistik."

Der Vortragende gibt einen Überblick über die Erscheinungslehre des Verbrechens. Nachdem er kurz auf die historische Entwicklung dieser Lehre hingewiesen hat, knüpft er an die moderne Definition des Verbrechens als einer sozial-pathologischen Erscheinung an. Er lehnt dabei die Bezeichnung „pathologisch" ab, da man darunter etwas Objektives, ein für allemal Feststehendes verstehen müsse. Der Begriff des Verbrechens ist aber ein wechselnder, ein zu verschiedenen Zeiten und Kulturstufen verschiedener. Es kann nur konstatiert werden, daß das Verbrechen sehr häufig an das Pathologische nahe herankommt. Es handelt sich auch nicht nur darum, die Erscheinungen des Verbrechens festzustellen, d. h. die äußere Form, wie es uns entgegentritt, sondern vor allem darum, seine inneren Zusammenhänge zu analysieren und es auf einfache Tatsachen der Wirklichkeit zurückzuführen. In diesem Sinne muß das Verbrechen als ein „psychologischer Effekt" bezeichnet werden. Am meisten interessiert dabei die Feststellung des Kausalnexus, d. h. der Kette von Tatsachen, durch welche der Beschuldigte mit der Tat verknüpft ist. Die Momente des Kausalnexus sind die Tatsachen des Lebens, die sowohl an den handelnden Personen selbst wie an den äußeren Umständen beobachtet werden. Die Aufgabe der Kriminalistik ist es, dieses Tatsachenmaterial, ihre eigentlichen Realien, in möglichst großer Zahl zu sammeln und allmählich eine Sichtung und Gruppierung dieses Materials zu versuchen.

Vortragender führt dann als Beispiele einzelne Gesichtspunkte an, die diesen Grundsätzen Rechnung tragen. Ein solcher Gesichtspunkt ist eine ausgedehnte Berücksichtigung des Aberglaubens. Der Aberglaube muß, wenn er in zahlreichen Handlungen von Verbrechern zutage tritt, streng geschieden werden erstens von fehlerhaften oder Trugschlüssen, wie sie auch dem intellektuell gut entwickelten Menschen gelegentlich passieren können, zweitens von Schlußfolgerungen, wie sie der echten Dummheit oder Beschränktheit zu eigen sind, und drittens von Fehlschlüssen, die auf wirklich abnormer geistiger Beschaffenheit, z. B. Wahnideen, beruhen. Kann man diese drei Möglichkeiten ausschließen, so bleiben immer noch eine Anzahl von Handlungen, die ein Verbrechen begleiten, übrig, als deren psychologischen Beweggrund man weit verbreiteten Aberglauben betrachten muß.

Zum Verständnis desselben ist aber erforderlich die Kenntnis der Geschichte des Aberglaubens. Sie zeigt, daß viele solcher scheinbar unbedeutender Handlungen nichts anderes sind als Reste uralter, manchmal sogar in die vorchristliche Zeit zurückgehender Gebräuche, wie z. B. die Gewohnheit, daß viele Verbrecher von ihrem Körper stammende, kleine Bestandteile, wie Haare, abgeschnittene Nägel, Kot etc. am Tatorte zurücklassen. Historisch ist dies zurückzuführen auf die Gewohnheit, eine Art Sühnopfer für das Verbrechen zu bringen. Ähnlich sind Verstümmlungen des Opfers nach der Tat, Wegnahme einzelner

*) Wir bringen von jetzt ab die Berichte regelmäßig möglichst bald nach den Sitzungen. Red.

Körperteile desselben oder wertloser Gegenstände auf eine uralte Anschauung von einer besonderen Kraft und Bedeutsamkeit solcher Stücke zurückzuführen.

Die weite Verbreitung solcher auf Aberglauben entspringender Gewohnheiten in der Verbrecherwelt weist einmal darauf hin, daß man es hier mit einer Menschenklasse zu tun hat, die mit archaistischen Anschauungen rechnet, mit Anschauungen, die in der übrigen, sie umgebenden Kulturschicht nicht mehr gebräuchlich sind. „Wie muß ein Mensch konstruiert sein, der immer noch an Anschauungen festhält, die den andren verloren gegangen sind?“ Von praktischer Bedeutung ist die Kenntnis dieser abergläubischen Gewohnheiten und ihrer historischen Quelle insofern, als sie gelegentlich zur Aufklärung von sonst unbegreiflichen Tatsachenbeständen führen kann, die vielleicht auch Fingerzeige für die Eruierung des Verbrechens geben können.

Besonders betont Vortragender, daß bei einem Verbrechen, das unter großer Gefahr ausgeführt wird, dessen Ausführung aber dem Verbrecher ersichtlich keine Vorteile bringt und dem auch sonst keine Zweckmäßigkeitsmotive, wie Befriedigung der Rachsucht oder des Geschlechtstriebes, zugrunde liegen, immer daran gedacht werden muß, daß, wenn es überhaupt von einem Geistesgesunden ausgeführt ist, der Aberglaube dabei eine Triebfeder ist. Namentlich ist dies der Fall bei wiederholten in der gleichen Weise ausgeführten Verbrechen der gedachten Art.

Ähnliche Momente, deren wissenschaftliche Durchforschung wenigstens das psychologische Verständnis des Verbrechertums näher bringt, sind die „Gaunersprache“ und die „Gaunerzinken“. Die Gaunersprache ist keine Geheimsprache, sondern eine Art Berufs- oder Sportsprache von Leuten, die durch Interessengemeinschaft miteinander verbunden sind. Ihr kriminalpsychologisches Interesse besteht darin, daß sie einmal auf die das Verbrechertum zusammensetzenden Elemente, z. B. nationaler Art, hinweist, andererseits zeigt ihre Eigenart, daß sie eben die Sprache von Leuten ist, die in ihrem Kulturniveau auf einer anderen Stufe stehen als die übrigen Menschen. Wer das Bedürfnis und die Fähigkeit hat, sich mit der Verbrechersprache und mit Gaunerzeichen zu verständigen, muß ein anderer Mensch sein als der Durchschnittsmensch.

Von psychologischer Wichtigkeit ist endlich auch „die eine große Dummheit“, die bei jedem Verbrechen gemacht wird, d. h. die Vernachlässigung einer ganz gewöhnlichen, auf der Hand liegenden Vorsicht, die man auch bei sonst raffiniert ausgeführten Verbrechen trifft. Diese Tatsache beweist, daß vielfach der Verbrecher ein Mensch ist, dem trotz manchmal erstaunlicher Geistesgegenwart die wirkliche Klugheit fehlt, d. h. die Fähigkeit, auf einen augenblicklichen kleinen Vorteil zu verzichten zugunsten eines im höheren Sinn zweckmäßigen Handelns. Vielleicht weist gerade dieses Moment, welches einen Defekt in der harmonischen geistigen Ausbildung (namentlich in intellektueller Beziehung) bedeutet, ganz besonders auf eine abnorme psychische Veranlagung des Verbrechers hin.

Die Ausführungen des Vortragenden, die mit diesem Hinblick auf eine später zu gewinnende noch genauere Psychologie und Psychopathologie des Verbrechers schließen, werden durch zahlreiche Einzelbeispiele erläutert, die in einem Referat nicht wiedergegeben werden können.

Aus der sehr lebhaften Diskussion interessieren namentlich noch die Ausführungen des Vortragenden über seine Auffassung der Strafe. Er bezeichnet die Strafe als ein „positives Motiv“. Zur Begehung eines Verbrechens treiben eine Anzahl negativer Motive an: Eigennutz, Rachsucht, Geschlechtstrieb u. a. Ihnen gegenüber stehen die positiven Motive, welche geeignet sind, von der Ausführung des Verbrechens abzuhalten: moralische Grundsätze, Ehrgefühl usw. Zu ihnen gehört auch die Scheu vor dem Erleiden der vom Gesetz verhängten Strafe. Gelegentlich läßt sich nachweisen — namentlich bei Gewohnheitsverbrechern —, daß dieses positive Motiv keinen Wert mehr besitzt, daß die Strafe nicht mehr gescheut wird. Vom streng logischen Standpunkte aus ist sie dann eigentlich zwecklos, ähnlich wie ein Arzneimittel, das durch langen Gebrauch unwirksam geworden ist. Sie müßte dann ersetzt werden durch eine Bewahrung des Verbrechers zum Schutze der Gesellschaft. Vielfach gehören zu dieser Gruppe von Verbrechern auch die, bei denen das Bestehen einer geistigen Störung nachgewiesen werden kann.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Pfeiffer, Dr., E., Stabsarzt in Hamburg. Pocken und Impfung. Medizinische Volksbücherei. Laienverständliche Abhandlungen, herausgegeben von Oberarzt Dr. Witthauer in Halle a. S. Heft 4. 18. S. Halle a. S. bei Marhold. Pr. 30 Pf.

Eine sehr gute populäre Darstellung, welche namentlich dadurch eindringlich wirkt, daß sie die üblen Folgen mitteilt, welche in England durch die Zerstörung des gesetzlichen Zwangsschutzes herbeigeführt worden sind. Die Verklausulierung des Impfgesetzes in England seit 1898 ist ebenso das Produkt eines falschen Freiheitsbegriffes, wie die ungefähr gleichzeitige Aufhebung der Contagious diseases Act mit der dadurch verschuldeten Zunahme der Geschlechtskrankheiten. Ktg.

Tagesgeschichte.

Kranken- und Unfallversicherung in der Schweiz.

Eine Delegation des Schweizerischen Bundesrats hat einen vorläufigen Entwurf für die in der Schweiz zu schaffende Arbeiterversicherungsgesetzgebung ausgearbeitet, dessen Grundzüge das „Corr.-Blatt für Schweizer Ärzte“ mitteilt.

Die Krankenversicherung würde auf dem Grundsatze der Subventionierung und Beaufsichtigung der bestehenden Krankenkassen durch den Bund beruhen. Die Einführung des Obligatoriums, wie auch die Errichtung von öffentlichen Kassen bliebe den Kantonen überlassen. Um auf Subvention Anspruch zu haben, hätten die Kassen gewisse Bedingungen zu erfüllen, namentlich die nötige Sicherheit, eine gewisse Freizügigkeit, die Aufnahme von weiblichen Personen und ein Minimum in bezug auf Dauer und Höhe der Unterstützung zu gewähren. Die Kassen würden von Rechts wegen die Persönlichkeit und die Steuerfreiheit besitzen. Zur Diskussion gelangt auch die Frage der Zuerkennung weiterer, besonderer Bundesbeiträge an Kantone, die für Verbilligung der Krankenbehandlung besondere Vorkehrungen treffen, und an Kassen in solchen Gegenden, wo die topographischen Verhältnisse die Krankenbehandlung besonders verteuern.

In der Unfallversicherung wäre das Obligatorium auf solche Personen (Angestellte und Arbeiter) beschränkt, die heute unter der speziellen Haftpflichtgesetzgebung stehen; das Haftpflichtsystem würde dagegen, mit Bezug auf diese Personen, wegfallen. Die in der Landwirtschaft, im Handwerk oder Kleingewerbe beschäftigten Personen könnten freiwillig versichert werden, wie auch die Arbeitgeber von obligatorischen oder freiwilligen Versicherten. Für alle Versicherten würde der Bund einen Beitrag leisten. Die Versicherung wäre Sache einer großen schweizerischen, durch die Interessenten selbst in Gemeinschaft mit dem Bunde verwalteten Gegenseitigkeitsanstalt; die subventionierten Krankenkassen würden dieser Anstalt als Organe und als Rückversicherer für die kleinen Unfälle dienen. Be-

treffend die Leistungen wären die Bestimmungen des Entwurfes von 1899 im wesentlichen wegleitend.

Die Delegation hat sich vorläufig dahin geeinigt, daß Entwürfe für die Kranken- und für die Unfallversicherung den Räten gleichzeitig vorzulegen seien, wobei die Frage offen bleibt, ob diese Entwürfe zu einem Gesetze vereinigt werden. Über das weitere Vorgehen hätten die Räte zu entscheiden.

Wie man sieht, werden die Arbeiten für die Wiederaufnahme einer Ausführung des Artikels 34 bis der Bundesverfassung auf neuer Basis energisch verfolgt. Bevor aber endgültige Entwürfe in ihren Einzelheiten festgestellt werden können, ist es nötig, gewisse Ergebnisse der neuen Hilfskassenstatistik zu besitzen; die Bearbeitung dieser Statistik nimmt trotz aller Anstrengungen eine gewisse Zeit in Anspruch, namentlich wegen der großen Kompliziertheit der Statuten bei vielen der in Betracht kommenden 2300 Kassen. Doch darf man hoffen, daß — wenn nichts Unerwartetes dazwischenkommt — der Bundesrat bereits gegen Ende dieses Jahres imstande sein wird, der Bundesversammlung seine Vorschläge zu unterbreiten.

Entmündigungsverfahren Minderjähriger.

Wenn ein über 7 Jahre alter Minderjähriger wegen Geisteskrankheit entmündigt wird, so hat das, trotzdem er noch gar nicht „mündig" war, doch seine rechtlich-praktische Bedeutung: er wird in seiner Handlungsfähigkeit dadurch weiter beschränkt als ein Kind von 7 Jahren. Dagegen hat im allgemeinen die Entmündigung wegen Geistesschwäche bei einem Minderjährigen keine praktische Bedeutung, da der „Geistesschwache" des B. G. B. eben in seiner Rechtsfähigkeit einem Minderjährigen gleichkommt. Nur eine Ausnahme gibt es, wie Assessor Caspers in der neuesten Nummer der Deutschen Juristenzeitung auseinandersetzt: Nach § 2229 II kann ein Minderjähriger nach Vollendung des 16. Lebensjahres ein Testament errichten, während der wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht Entmündigte nach Absatz III desselben Paragraphen dazu nicht berechtigt ist. Der Psychiater kann gelegentlich in die Lage kommen, als ärztlicher Berater dieses Verhältnis beachten zu müssen.

Eine für Schwerhörige wichtige Entscheidung

hat das Reichsgericht kürzlich getroffen. Eine Frau wurde durch einen Straßenbahnwagen überfahren und verletzt. Sie erhob deswegen Schadenersatzklage. Das Oberlandesgericht verurteilte nach dem vollen Betrage, den sie gefordert hatte. Das Reichsgericht setzte ihn indes erheblich herab und begründete das, wie das „Berl. Tagebl." berichtet, folgendermaßen: „Es gehört allerdings nicht gerade zu der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt, daß man immer, wenn man eine Straße überschreitet, auf der elektrische Bahnen fahren, Umschau auf allen Seiten hält; es ist z. B. nicht nötig, daß ein mit normalem Gehör ausgestatteter Mensch das tut, wenn er irgendwelches Geräusch nicht hört. Allein die Klägerin war schwerhörig; deshalb war sie verpflichtet, ganz besonders vorsichtig beim Überschreiten des Straßenbahngleises zu sein und sich auf beiden Seiten umzusehen, ob ein Straßenbahnwagen nahe. Wäre sie nicht schwerhörig gewesen, so hätte sie hören müssen, daß dicht hinter ihr ein elektrischer Wagen gefahren kam. Gleichgültig ist es, ob auf dem Wagen rechtzeitig geläutet worden ist. Bei dem Verhalten der Klägerin hätte sie ebensogut unter einen anderen Wagen geraten können, dessen Führer überhaupt nicht zu läuten brauchte. Deswegen und weil die Klägerin ebenfalls eine erhebliche Schuld trifft, war der Betrag, den sie als Schadenersatz forderte, ganz bedeutend herabzusetzen."

Zur 77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte

berichtet man uns unter dem 26. Mai aus Meran: Großem Interesse dürften die Vorträge über Pellagra, die unter der armen Landbevölkerung Welschtirols endemisch hausende und alljährlich zahlreiche Opfer fordernde Krankheit, zu derem Studium und Bekämpfung seit Jahren in Österreich eine eigene Kommission besteht, begegnen. Da sich an den Vorträgen über dieses sehr aktuelle Thema und an der Diskussion sehr namhafte Kliniker und Hygieniker beteiligen werden, ist ein praktischer Nutzen für die Ätiologie der Erkrankung und für deren Therapie zu erwarten. Die für die einzelnen Abteilungen nötigen Versammlungslokale — 31 — sind vollständig ausfindig gemacht und sind diesbezüglich der Landesschulrat, sowie die lokalen Schulbehörden der Geschäftsführung in anerkennender Weise entgegengekommen, indem Räume im k. k. Obergymnasium und in den Volksschulen bereitwillig zur Verfügung gestellt wurden; ebenso haben Besitzer von Hotels und Vergnügungsetablissements sich zur Überlassung geeigneter Lokale zu Sektionssitzungen bereit erklärt. Die Hauptversammlungen finden in der über 3000 Personen fassenden Festhalle, im Stadttheater, im Kurhaussaale statt. Vergnügungs- und Wohnungsausschuß sind auch tüchtig an der Arbeit. Das erstere hat bereits das ganze Programm festgelegt. Hauptpunkte der Unterhaltungen sollen das Volksschauspiel, Bilder aus dem Tiroler Leben, in der Festhalle gestellt, Veranstaltungen auf dem Sportplatze und eine Illumination bilden. Das Wohnungskommitee glaubt auf einen Besuch von rund 5000 Personen in den Festtagen — unsere ständigen Herbstgäste dabei miteingerechnet — gefaßt sein zu müssen, hat daher bereits einen Aufruf um Angabe freier Wohnungen im Kurbezirke erlassen.

Die vierte Hauptversammlung des Deutschen Medizinalbeamten-Vereins

findet am Freitag und Sonnabend, den 8. und 9. September in Heidelberg statt. Vorläufige Tagesordnung: 1. Eröffnung der Versammlung. 2. Geschäfts- und Kassenbericht. 3. Gerichtsärztliche Wünsche mit Rücksicht auf die bevorstehende Neubearbeitung der Strafprozeßordnung. Referenten: Prof. Dr. Heimberger-Bonn, Gerichtsarzt Prof. Dr. Straßmann-Berlin, Prof. Dr. Aschaffenburg-Halle a. S. und Gerichtsarzt Dr. Hoffmann-Berlin. 4. Die Beaufsichtigung der Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Referent: Privatdozent Dr. W. Weber, Oberarzt der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen, Korreferent: Prof. Dr. P. Stolper, Kreisarzt in Göttingen. 5. Abwässerreinigung. Referenten: Prof. Dr. Thumm, ordentl. Mitglied der Königl. Versuchsanstalt für Wasserversorgung und Abwässerbeseitigung in Berlin (vom hygienisch-technischen Standpunkte), Reg.- und Med.-Rat Dr. Salomon-Coblenz (vom gesundheitspolizeilichen und verwaltungsrechtlichen Standpunkte). 6. Die epidemische Genickstarre und ihre Bekämpfung. Referent: Med.-Rat Dr. Flatten, medizin. Hilfsarbeiter an der Königl. Regierung in Oppeln. 7. Vorstandswahl. Mit Rücksicht auf den ersten Gegenstand der Tagesordnung und den am 1. Sitzungstage der vorjährigen Versammlung gefaßten Beschluß ersucht der Vorstand die Vereinsmitglieder, etwaige Wünsche und Vorschläge in bezug auf die Revision der Strafprozeßordnung dem Schriftführer des Vereins, Herrn Med.-Rat Dr. Flinzer in Plauen i. Voigtl., bis zum 15. Juni mitzuteilen. Ebendahin sind auch sonstige Wünsche bezüglich der Generalversammlung zu richten.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 13. Ausgegeben am 1. Juli.

Inhalt:

Physiologische und pathologische Beobachtungen in der Dorfschule.

Von

Kreisarzt Dr. Krohne-Düsseldorf.

Seitdem sich die Erkenntnis, daß die fortdauernde Fürsorge für eine gesundheitsgemäße Entwicklung unseres Volksschulwesens eine der vornehmsten und wichtigsten Aufgaben unseres modernen Staates ist, in weiten Kreisen Bahn gebrochen hat, hat auch das Interesse für die Beurteilung des Gesundheitszustandes unserer Schuljugend in erhöhtem Maße zugenommen. Die Feststellung und Verhütung bestimmter Gesundheitsschädigungen, deren Entstehung wir der Schule zur Last legen müssen, nehmen seit Jahren in der betreffenden Fachliteratur einen breiten Raum ein. Insbesondere sind es die von ärztlicher Seite vielfach an Schulkindern angestellten Untersuchungen bestimmter Körperorgane bzw. körperlicher Funktionen, wie die Untersuchungen der Sehkraft, des Gehörvermögens, der Atmungsorgane, der Haltung der Wirbelsäule usw., die uns ein beachtenswertes statistisches Material für die Beurteilung schulhygienischer Fragen geliefert haben. Indessen ist damit die wissenschaftliche Ausbeute alles dessen, was uns eine systematische Untersuchung zahlreicher Schulkinder erkennen läßt, durchaus noch nicht hinreichend erschöpft; denn tatsächlich bildet die aufmerksame wissenschaftliche Beobachtung einer größeren Menge von Schulkindern mit Hinsicht auf die in diesem Alter unter den zahllosen verschiedenartigsten Einflüssen stattfindende körperliche und geistige Entwicklung des Organismus eine unerschöpfliche Fundgrube für die Beantwortung einer Reihe interessanter Fragen aus dem Gebiete der Physiologie und Pathologie, sowohl der körperlichen wie der geistigen Funktionen und ihrer eigenartigen Wechselbeziehungen.

Ich habe vor einigen Jahren in meinem früheren Wirkungskreise (Großkamsdorf in Thüringen) in vier Ortschaften an insgesamt 540 Schulkindern Untersuchungen vorgenommen, deren physiologische und pathologische Ergebnisse trotz des relativ geringen statistischen Materials doch vielleicht noch interessieren dürften. Ich hatte damals die Absicht gehabt, die Untersuchungen auf die Schulkinder der zehn bis zwölf Ortschaften, in denen ich ärztliche Praxis trieb, auszudehnen. Vier von diesen Orten lagen auf preußischem, die andern auf dem Gebiete zweier thüringischen Kleinstaaten. Da die von mir erbetene Erlaubnis, die betreffenden Schulkinder nach erfolgtem Unterricht untersuchen zu dürfen, von den zuständigen Behörden der erwähnten Kleinstaaten mir als „ausländischem" Arzt nur zögernd bzw. überhaupt nicht gewährt wurde, so verblieb mir nur die seitens der preußischen Schulbehörde bereitwillig genehmigte Untersuchung der Schuljugend in den vier preußischen Dörfern.

Freilich wurden dadurch von vornherein Umfang und Wert des gewonnenen statistischen Materials entschieden eingeschränkt; dennoch hoffe ich, daß meine Ergebnisse auch einen geringen Beitrag zu der wichtigen Frage der Schulhygiene liefern können.

Die von mir an den Schulkindern der betreffenden Ortschaften vorzunehmenden Untersuchungen erschienen mir aus zwei Gründen besonders interessant. Einmal kannte ich infolge meiner praktischen Tätigkeit seit Jahren die gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Ortsbewohner, ihre Sitten und Gebräuche ziemlich genau, so daß ich manche an den Kindern gemachten besonderen Beobachtungen aus meiner Kenntnis der erwähnten speziellen Verhältnisse heraus hinsichtlich ihrer Deutung leicht aufklären bzw. ergänzen konnte; dann aber war, was mir wichtig erschien, das zu untersuchende — sit venia verbo — Material insofern ein gleichmäßiges, als die dortige Bevölkerung eine glückliche Mischung von Industriearbeitern (Bergleute, Eisenwerksarbeiter, Fabrikarbeiter, Handarbeiter u. dgl.) und Landwirten bildet, umsomehr als die meisten Arbeiterfamilien neben ihrer gewöhnlichen beruflichen Beschäftigung auch mehr oder weniger landwirtschaftlich tätig sind, so daß sie z. B. vielfach einen großen oder den größten Teil ihres Bedarfes an Lebensmitteln auf eigenem Grund und Boden bauen. Das Wohnen auf dem Lande, das bei guten Lohnverhältnissen meist einfache Leben in oft recht sauberen und hygienisch leidlich guten Wohnungen trägt dazu bei, daß die dortige Arbeiterbevölkerung in weit besseren gesundheitlichen Verhältnissen lebt, als wir das von der städtischen Industriebevölkerung anzunehmen gewohnt sind, so daß die zahlreichen, zur Untersuchung kommenden Kinder aus Arbeiterfamilien gesundheitlich mindestens auf einer guten Mittelstufe standen und ein Urteil darüber, inwiefern bestimmte abnorme Gesundheitsverhältnisse der untersuchten Kinder auf das Konto der Schule zu setzen waren, hier leichter möglich war, als in den zahlreichen städtischen Schulen, die von einer großen Menge schwächlicher, blutarmer, skrofulöser Kinder besucht werden, deren ungünstiger Gesundheitszustand oft ausschließlich der sozial und wirtschaftlich höchst ungünstig dastehenden Familie zur Last fällt.

Bei den Untersuchungen verfuhr ich durchweg nach folgendem leitenden Plan: Festgestellt wurden zunächst das Alter, die Personalien der Kinder, Wohnort usw., Körpergröße, Brustumfang bei In- und Exspiration, größter Kopfumfang gemessen über Stirn und Hinterhaupt; nunmehr folgte eine Untersuchung des Körperäußeren, Feststellung von Wirbelsäulenverkrümmungen, Abnormitäten der Arme und Beine, Plattfüße usw., dann eine Aufnahme des allgemeinen Gesundheitszustandes, Zustand von Herz, Lungen, Bestehen skrofulöser Affektionen, Drüsenschwellungen, Rhachitis, schlechte Zähne usw. Als besonders wichtig erfolgten regelmäßige Pulsbestimmungen, ferner eine Prüfung eventueller Abnormitäten der Sinnesorgane, regelmäßige Feststellung der Sehschärfe und des Farbensinnes, schließlich — und das war mir eigentlich der interessanteste Punkt — eine Aufnahme des geistigen Status eines jeden Kindes mit besonderer Berücksichtigung des festgestellten körperlichen Befundes und der mir oder dem Lehrer bekannten körperlichen Krankheiten oder psychopathischen Antecedentien in der betreffenden Familie. Ich komme auf diesen vielleicht wichtigsten Abschnitt meiner Untersuchungsergebnisse später ausführlich zurück und will nur, ehe ich auf das gewonnene Material im einzelnen eingehe, gegenüber einem möglichen Einwand bemerken, daß ich selbstverständlich meine Untersuchungen auch noch auf andere Organe hätte ausdehnen können, daß ich das aber mit Rücksicht auf den Mangel an Zeit unterlassen habe; denn da ich für die Untersuchung von zehn bis zwölf Kindern meist zwei bis drei Stunden benötigte und höchstens einmal an zwei oder drei Tagen der Woche für diese Feststellungen Zeit erübrigen konnte, so brauchte ich für die Untersuchung der 540 Kinder etwa vier bis fünf Monate und wäre vielleicht selbst in dieser Zeit nicht fertig geworden, wenn mich nicht die Lehrer bzw. Lehrerfrauen, die meinen Untersuchungen sämtlich ein außerordentliches Interesse entgegenbrachten, in dankenswerter Weise mit Schreibhilfe usw. unterstützt hätten.

Die Resultate der Untersuchungen waren nun folgende:

I. Äusserer Körperstatus.

a) Resultate der Messungen der Körperlängen, Brustweite und des Kopfumfanges:

(Maße in Zentimetern.)

Knaben.

Lebensalter	Anzahl der Bestimmungen	Körperlänge			Brustweite						Kopfumfang		
		Durchschnitt	Maximum	Minimum	Durchschnitt		Maximum		Minimum		Durchschnitt	Maximum	Minimum
					Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration			
6—7 Jahre	12	105,8	112	100	57	54	60	56	54	52	49,2	51	47
7—8 „	36	112,1	122	98	58,6	55	63	59	53	51	49,5	53	46
8—9 „	32	117,1	125	109	61,5	58,6	66	64	57	52	51	54	48
9—10 „	28	121,4	133	112	63,5	60,6	70	68	58	56	51,2	55	48
10—11 „	29	125,4	132	113	64,8	61,4	70	67	57	54	51,2	54	47
11—12 „	36	130,6	138	119	66,9	62,8	72	69	62	58	51,2	55	49
12—13 „	32	137,5	152	119	69,1	65,3	77	74	63	58	51,5	54	48
13—14 „	45	140,5	164	121	70,9	67	79	76	64	60	52,1	55	49

Mädchen.

Lebensalter	Anzahl der Bestimmungen	Körperlänge			Brustweite						Kopfumfang		
		Durchschnitt	Maximum	Minimum	Durchschnitt		Maximum		Minimum		Durchschnitt	Maximum	Minimum
					Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration	Inspiration	Exspiration			
6—7 Jahre	18	106,6	123	98	55,8	52,1	63	58	53	50	48	50	47
7—8 „	40	118	127	102	57,4	54	62	58	52	49	49	52	46
8—9 „	27	119,2	138	110	59,2	55,7	70	66	52	49	49,3	51	47
9—10 „	37	122,5	133	111	61	57,4	68	63	56	53	49,7	53	43!
10—11 „	33	127	137	119	63,5	59,2	70	64	60	54	50	52	47
11—12 „	31	131,6	149	120	65	61,3	71	68	57	53	49,8	53	47
12—13 „	46	136,7	155	120	69,2	63	76	74	57	55	50,5	53	47
13—14 „	48	141,6	155	121	71,2	68,2	79	75	64	61	51,2	54	49

Die vorstehend zusammengestellten Zahlen sind, trotzdem die Anzahl der sämtlichen Beobachtungen keine übermäßig große ist, doch in mehrfacher Hinsicht interessant. Zunächst bemerke ich kurz, daß die Durchschnittsmaße der Körperlängen sämtlich etwas geringer sind, als die gleichen Maße einer Beobachtungsreihe, die die Messungen von 5000 Frankfurter Schulkindern im gleichen Alter umfaßt und in Hofmanns Lehrbuch für gerichtliche Medizin, Bd. II, veröffentlicht ist. Von Wichtigkeit ist nun weiterhin, daß in unserer Tabelle, die sich auf die acht Altersklassen vom 6.—14. Lebensjahre erstreckt, mit Ausnahme der den Zeitraum des 12.—13. Jahres umfassenden Altersklassen, die Mädchen durchweg eine etwas höhere Durchschnittsgröße haben, als die Knaben. Die hier wieder beobachtete Erscheinung, daß die Mädchen im schulpflichtigen Alter oft — nicht überall — die Durchschnittsgröße der Knaben nicht nur erreichen, sondern manchmal sogar überholen, ist ja nicht völlig neu, aber wohl aus dem Grunde noch nicht hinlänglich bekannt, weil bei den Knaben — wie man allgemein weiß — im Pubertätsalter, also etwa im 14.—17. Jahre, meist ein sehr energisches, die Durchschnittsgröße der gleichaltrigen Mädchen rasch überholendes Wachstum einsetzt, das auch später von dem weiblichen Geschlecht nicht mehr erreicht wird, so daß damit die größere Körperlänge des „starken Geschlechts“ wieder zu ihrem dauernden Rechte kommt. Dieser Einfluß des beginnenden Pubertätswachstums der Knaben findet seinen Ausdruck auch in der Tatsache, daß in unserer Tabelle die Knaben in der Altersklasse des 13.—14. Lebensjahres, trotz der noch immer höheren Durchschnittsgröße der Mädchen, zum ersten Male mit 164 und 124 cm höhere Maximal- und Minimalmaße aufweisen, wie die Mädchen, deren Maximum und Minimum 155 bzw. 121 cm betragen. Der Umstand, daß in meiner Beobachtungsreihe nahezu ausschließlich die Mädchen eine etwas höhere Durchschnittsgröße haben, findet aber vielleicht noch seine besondere Erklärung in der Tatsache, daß nicht nur die Bevölkerung der dortigen Gegend überhaupt, sondern auch insbesondere der weibliche Teil derselben im allgemeinen recht kräftig und widerstandsfähig ist, so daß z. B. infolge der meist recht günstigen Beckenverhältnisse schwere Entbindungen der Frauen jener Gegend relativ selten sind. Wenn nun auch nach meiner Tabelle die Mädchen im schulpflichtigen Alter im allgemeinen etwas größer sind, so ist es doch interessant zu sehen, daß hinsichtlich der Maße der Brustweite und des Kopfumfanges etwa das umgekehrte Verhältnis vorhanden ist. Dabei ist indessen bezüglich der Brustweite noch besonders zu bemerken, daß die Knaben vom 6.—12. Jahre sowohl inspiratorisch, wie exspiratorisch einen größeren Brustumfang haben, als die gleichaltrigen, im Durchschnitt etwas größeren Mädchen, daß aber in dem Alter vom 12.—14. Lebensjahre, in denen gerade die Knaben die Durchschnittsgröße der Mädchen erreicht bzw. überholt haben, zum ersten Male die Mädchen einen durchschnittlich größeren Brustumfang aufweisen, als die Knaben. Offenbar ist dies kein bloßer Zufall, sondern erklärt sich ungezwungen aus der Tatsache, daß in der bei den Mädchen früher beginnenden Pubertätsentwicklung im 12. bis 14. Lebensjahre eine rasch zunehmende, stärkere Wölbung der Brust eintritt, die das Durchschnittsmaß der sonst größeren Brustweite der gleichaltrigen Knaben für kurze Zeit überholt.

Daß ferner die Kopfumfangsmaße der Knaben trotz größerer Körpermaße der Mädchen durchweg größere sind, als die der Mädchen, ist nur eine weitere Bestätigung der vielumstrittenen Behauptung, daß größere Schädelmaße und damit wohl auch ein größeres durchschnittliches Quantum der Gehirnmasse eine besondere Eigenschaft des männlichen Geschlechts darstellen; und wenn ich auch dem bekannten Schlagwort, daß es eben bei der Beurteilung der größeren oder geringeren Verstandestätigkeit der beiden Geschlechter „nicht nur auf die Quantität, sondern auf die Qualität des Gehirns ankomme“, eine gewisse Berechtigung nicht abstreiten will, so scheinen mir doch nach den vergleichenden Ergebnissen meiner Zahlen nicht nur die Maxima, sondern insbesondere die entsprechenden Kopfumfangs**minima** zugunsten einer etwas höher entwickelten Gehirntätigkeit des männlichen Geschlechts zu sprechen.

b) Zustand der Haut und des Knochensystems.

Bei der Untersuchung des Körperäußeren habe ich mich im allgemeinen beschränkt auf die Feststellung eventueller Hauterkrankungen und Abnormitäten der Wirbelsäule und der Gliedmaßen. Krankhafte Affektionen der Haut waren bei der Mehrzahl der Kinder sehr selten. Die Reinlichkeitsbestrebungen der dortigen Bevölkerung lassen zwar, wie dies in ländlicher und Arbeiterbevölkerung überall der Fall ist, noch recht viel zu wünschen übrig, indessen ist doch — nicht zuletzt infolge strenger Einwirkung der Lehrer — die Fürsorge der Eltern für eine entsprechende Körperpflege ihrer Kinder im allgemeinen eine so gute, daß nur wenige Kinder mit schlecht gewaschenem Körper oder mit schmutziger Kleidung zur Schule kommen. Dies zeigte sich an der meist recht guten Beschaffenheit der Haut. Insgesamt wurden — durchweg nur leichte — Affektionen der Haut an 30 Kindern, also an etwa $^1/_{18}$ der Untersuchten, festgestellt; indessen ist zu bemerken, daß allein 20 dieser Kinder infolge einer in der betreffenden Ortschaft kurz vorausgegangenen kleinen Krätzeepidemie mit einem meist in Heilung begriffenen Krätzausschlag behaftet waren, den man wohl nicht in jedem Falle auf das Konto der betreffenden Eltern setzen konnte; im übrigen handelte es sich nur um einige leichte Fälle von Herpes und Ekzem bzw. skrofulösem Ekzem. Von weit ernsterer Bedeutung war hier unter den 540 Kindern einer sonst recht gesunden, körperlich gut entwickelten Bevölkerung der Befund von 95 mehr oder weniger stark in die Augen springenden Verkrümmungen der Wirbelsäule, die sich in gleichem Verhältnis auf Knaben und Mädchen verteilten. Diese Zahl, die also bedeutet, daß mehr als $^1/_6$ aller Kinder eine abnorme Längsrichtung der Wirbelsäule hatten, erscheint aber noch viel ungünstiger durch die Tatsache, daß ca. 75 % aller festgestellten Wirbelsäulenverkrümmungen auf die das zehnte Lebensjahr überschreitenden Kinder, d. h. auf diejenigen, die schon einen mindestens 4jährigen Schulbesuch hinter sich hatten, entfielen, und daß in progressiver Steigerung wiederum die älteren Kinder zwischen 12 und 14 Jahren am stärksten an diesem Zustand beteiligt waren, so daß in einzelnen der obersten Klassen mit den ältesten Jahrgängen schon jedes dritte Kind eine verkrümmte bzw. verbogene Wirbelsäule hatte. Wie schon aus zahlreichen anderen ärztlichen Feststellungen, geht auch hieraus wieder deutlich hervor, daß die Schule mit ihren vielfach unzureichenden und unzweckmäßigen Banksystemen und wohl auch die in der Schule oft mangelnde Fürsorge für eine richtige Sitzhaltung der Kinder an der beklagenswerten und nicht selten recht verhängnisvollen Entwicklung von Wirbelsäulenverkrümmungen im schulpflichtigen Alter mit eine Hauptschuld trägt — ein Umstand, der den Schulbehörden, Lehrpersonen, Ärzten und Eltern gar nicht oft genug zur Beachtung empfohlen werden kann.

Von weiteren Abnormitäten des Knochengerüstes ist nur zu erwähnen, daß ein Mädchen mit einer angeborenen Hüftgelenksluxation behaftet war, daß Rhachitis — meist im abgelaufenen Stadium — nur in 5 Fällen = 0,93 % festgestellt wurde, und daß 40 Knaben = 14,3 % und 28 Mädchen = 11 % mehr oder minder ausgesprochene Plattfüße hatten. Ob diese zahlenmäßige Beteiligung der Kinder an der Plattfußentwicklung als eine besonders hohe anzusehen ist, vermag ich mangels vergleichender, in der Literatur etwa vorhandener Angaben

Zwischenstufe als „schwachen Farbensinn“ einzuschalten haben, ganz analog den Beobachtungen auf dem Gebiete der verschiedenen Stufen geistiger Entwicklung, auf dem uns viele minderwertig Veranlagte entgegentreten, die durch langsames, aber angestrengtes Denken, durch fleißiges Studium u. dgl., falsche Vorstellungen zu überwinden und durch mühsames Zusammenfassen all ihrer geringen geistigen Kräfte doch noch im allgemeinen richtige Urteile zu bilden im stande sind. Es erübrigt nun noch die Anzahl und einzelnen Arten der partiellen Farbenblindheit zu erörtern. Es wurden festgestellt: 3 Fälle von Rotblindheit, 6 Fälle von Grünblindheit, 2mal Rotgrünblindheit und 31mal Violettblindheit bzw. Grünviolettblindheit (acht Fälle). Bemerkenswert erscheint mir hier nur die große Anzahl der Befunde von Violettblindheit bzw. Grünviolettblindheit. Nach den Angaben des Lehrbuches von Michel soll die Rotgrünblindheit die häufigste Form der Farbenblindheit sein, die in meiner Untersuchungsreihe nur mit zwei Fällen vertreten ist. Wenn diese geringe Zahl der Rotgrünblindheit nun auch bei der relativ niedrigen Zahl von 540 Untersuchungen an sich nichts auffallendes hat, so scheint es mir doch, daß die auffallend große, weitaus überwiegende Menge von Violettblinden schwerlich als eine rein zufällige bezeichnet werden darf. Ich möchte vielmehr in Übereinstimmung mit einem Augenarzt, mit dem ich darüber einmal eingehend sprach, die Vermutung aussprechen, daß vielleicht auf die Farbenempfindung der gerade auf dem Lande aufwachsenden Kinder die in der Natur vorherrschenden Farben Grün bzw. deren Komplementärfarbe Rot so intensiv und nachhaltig einwirken, daß dadurch die Empfindung für die Farbe Violett — die ja wohl überhaupt Dorfkindern nicht allzu oft vor die Augen kommt — eine gewisse Abschwächung erfährt; wäre dies der Fall — und diese Anschauung hat wohl manches für sich — dann würde damit vielleicht auch der seltene Befund von nur zwei Fällen Rotgrünblindheit eine natürliche Erklärung finden.

Von krankhaften Affektionen des Zentralnervensystems, die sich naturgemäß bei Schulkindern nur selten, bzw. meist nur als angeborene Störungen finden, wurden festgestellt: 3 Fälle von essentieller Kinderlähmung (2 Knaben, 1 Mädchen) und — aus dem neuro-psychopathischem Gebiet — 1 Fall von Epilepsie, 1 Fall epileptiformer Krampfanfälle und 1mal Veitstanz. Bei einigen schwächlichen Kindern fand sich eine Hypersensibilität in Verbindung mit Ängstlichkeit oder reizbarer Gemütsstimmung, und damit kommen wir zu der Besprechung des geistigen Status der untersuchten Schulkinder.

Um über den gesamten geistigen Status der Kinder einen einigermaßen ausreichenden Überblick zu gewinnen, hatte ich zunächst nach den genauen und sehr gewissenhaften Angaben der Lehrer mir über die geistige Begabung eines jeden Kindes, soweit dieselbe im Schulunterricht erkennbar geworden war, genaue Notizen angelegt und danach sämtliche Kinder nach dem Grade der Begabung in vier Hauptklassen und zwei Zwischenklassen, nämlich A, A—B, B, B—C, C und D eingeteilt. Die Bedeutung dieser Begabungsklassen, in die die Kinder entsprechend eingereiht wurden, war folgende:

A = Kinder mit sehr guter geistiger Begabung,
A—B = Kinder mit einer das Mittelmaß etwas überschreitenden Begabung,
B = Kinder mit mittelmäßiger Begabung,
B—C = Kinder mit einer das Mittelmaß etwas unterschreitenden, geistigen Anlage,
C = sehr gering begabte Kinder,
D = ausgesprochen Schwachsinnige.

Diese Einteilung in vier bzw. sechs Begabungsklassen könnte vielleicht von dem einen oder anderen Leser als zu kompliziert bezeichnet und es könnte gefordert werden, zur Vereinfachung des Schemas nur drei Kategorien, nämlich gut begabte, mittelmäßig veranlagte und gering begabte Kinder zu unterscheiden. Indessen meine ich, daß wir, trotzdem für einen nur allgemeinen Überblick schon die Dreiteilung ausreichend erscheinen kann, auf diesem Gebiete doch nicht allzu schematisch verfahren dürfen, und daß es einmal nicht unrichtig, dann aber sehr interessant ist, gerade die Anzahl derjenigen Kinder, die das Mittelmaß geistiger Begabung etwas überschreiten, ohne doch zu den sehr gut veranlagten Kindern zu gehören, und andrerseits diejenigen, die sich zwar etwas unter dem Mittelmaß bewegen, aber doch noch über den geistig sehr gering Begabten stehen, zu eliminieren bzw. zu vergleichen, denn diese beiden von mir mit A—B bzw. B—C bezeichneten Gruppen umfassen meist gerade diejenigen geistigen Existenzen, die nicht, wie die Gruppen A, B und C, über ein gewisses Gleichmaß geistiger Kraft bzw. geistiger Schwäche verfügen, die vielmehr — Gruppe A—B — außer ihrem Mittelmaß von Verstandeskräften für bestimmte Gebiete einen kleinen Vorrat recht guter geistiger Kräfte besitzen können, oder, wie Gruppe B — C, innerhalb einer im allgemeinen recht bescheidenen Verstandesanlage doch noch über einige, als durchaus brauchbares Mittelmaß hervortretende geistige Eigenschaften verfügen. Gerade in diesen beiden Kategorien aber — und das ist das Interessante an dieser Gruppierung — finden sich in gleichem Verhältnis jene Existenzen, die im späteren Kampf des Lebens entweder sich über Erwarten gut geistig entwickeln, d. h. über Erwarten tüchtiges leisten oder unerwartet rasch Schiffbruch leiden — je nachdem sie das Schicksal gerade auf einen Posten stellt, der ihren besonderen geistigen Fähigkeiten oder — vice versa — den wenigen geistig leistungsfähigen Gaben, die sie besitzen, angepaßt oder nicht angepaßt ist und ihnen die Gelegenheit zur Betätigung gerade ihrer besseren Verstandskräfte entweder darbietet oder vorenthält.

Ich habe mich bemüht, mit Hilfe der Lehrer die verschiedenen Gruppen nach den vorstehend erörterten Gesichtspunkten zusammenzustellen. Daß ich die Schwachsinnigen nicht einfach in die Klasse C der Minderbegabten eingereiht, sondern für diese eine besondere Gruppe D zusammengestellt habe, rechtfertigt sich wohl ohne weiteres von selbst. Die hiernach erfolgte Einteilung hatte für die einzelnen Begabungsklassen nachstehendes Resultat:

A	=	108	Kinder,
A—B	=	55	„
B	=	164	„
B—C	=	65	„
C	=	141	„
D	=	7	„

Betrachten wir dieses Zahlenverhältnis näher, so ist zunächst die an sich durchaus erklärliche Tatsache zu erwähnen, daß die zahlreichste Gruppe mit 164 Kindern die mit B bezeichnete (Mittelmäßige Begabung) ist, und daß die Zwischenklassen A—B und B—C mit 55 bzw. 65 etwa die gleiche Ziffer haben. Diese drei Klassen A—B, B und B—C als Ganzes zusammengenommen, stellen die Anzahl der Kinder dar, die ich unter den Begriff der „mittleren Begabungsbreite“ als eine größere gemeinsame Sonderklasse zusammenfassen möchte, die also mit 284 Kindern 52,6 % aller Untersuchten ausmacht. Während nun die Zahl der sehr begabten Kinder 108 beträgt, ist die Summe der gering Begabten einschließlich der Schwachsinnigen mit insgesamt 148 nicht unerheblich höher — und das könnte doch mancher der Leser als ein für das geistige Niveau der untersuchten Kinder ungünstiges Ergebnis ansehen. Indessen möchte ich doch annehmen, daß ein wirklich ungünstiges Ergebnis der Begabungsfeststellung tatsächlich nicht vorhanden ist. Denn jeder, der — wie der Arzt, der Lehrer und andere —

gewohnt ist, mit Menschen allerlei Berufsklassen zu verkehren, sie in den verschiedenartigsten Situationen des Lebens zu studieren, die geistige Entwicklung verschiedener Altersklassen von Kindern genau zu verfolgen, wird mir zugeben, daß die Anzahl der hervorragend bzw. gut begabten Menschen das Zahlenverhältnis von 20 % — wie wir es in meiner Aufstellung vor uns haben — auch bei einer wirklich intelligenten Bevölkerung kaum übersteigt, vielmehr oft noch unter diesem Prozentsatz verbleibt, und daß es durchaus nicht dem tatsächlichen geistigen Status der Menschheit entspricht, daß die Anzahl der geistig besonders bevorzugten Menschen — etwa im Sinne eines natürlichen Ausgleiches der psychischen Extreme — auf gleicher Höhe mit der Anzahl der geistig gering Veranlagten steht; letztere, die Gruppe C, wird — das ist eine durchaus natürliche Erscheinung — wenigstens zur Zeit und noch auf lange Zeit hinaus an Zahl die Gruppe A überragen. Ich meine daher, daß ein Vergleich der extremen Gruppen A und C überhaupt nicht dem erforderlichen Maßstab entspricht, den wir beim Abwägen der Bedeutung der einzelnen Begabungsklassen anlegen müssen, daß es vielmehr richtig ist, die geistig brauchbaren Individuen den geistig minderwertigen oder unbrauchbaren gegenüberzustellen. Tun wir dies, d. h. zählen wir die Gruppen A, A—B, B und B—C als die Summen derer, die das für das Leben erforderliche, geistige Mindestmaß besitzen, als ein Ganzes zusammen, dann haben wir folgendes Verhältnis in unserer Statistik:

A, A—B, B, B—C = 392
C und D = 148

Dieses Verhältnis ist nach meiner Auffassung ein durchaus günstiges und normales, um so mehr, wenn wir bedenken, daß in der Gruppe C, wie wir nachher noch sehen werden, eine große Anzahl geistiger Existenzen enthalten ist, die unter außerordentlich ungünstigen familiären oder sozialen Verhältnissen aufwachsen und unter dem Druck solcher Verhältnisse oder unter dem Einfluß schlechter Erziehung geistig niedergehalten werden, die aber später, falls die ungünstigen Einwirkungen der angedeuteten Verhältnisse aufhören und ihnen die Möglichkeit zur Weiterentwicklung und Hebung ihres verkümmerten geistigen Menschen gegeben wird, unter bestimmter Führung anderer in einem rein praktischen Berufe nicht nur das für den täglichen Lebensunterhalt gerade unbedingt notwendige leisten, sondern auch in etwas höherem Sinne durchaus brauchbare Glieder der menschlichen Gesellschaft werden können.

Ich möchte nun noch einen Punkt erörtern, dem ich bei meinen Untersuchungen besondere Aufmerksamkeit geschenkt habe, das ist nämlich das Vorhandensein von Gesichtsassymmetrieen und bestimmten Degenerationsanzeichen der Gesichtsbildung und ihre Beziehung zu dem geistigen Status der betreffenden Kinder. Ich bin mir dabei vollkommen bewußt, daß das Gebiet, das ich hier betrete, ein äußerst schwieriges und noch vielfach unerforschtes ist, und es liegt mir durchaus fern, aus den von mir beobachteten Abnormitäten der Gesichtsbildung zu weitgehende Folgerungen zu ziehen, wie das nach meiner Auffassung Lombroso tut; aber das eine glaube ich doch auch aus meinen Untersuchungen schließen zu können, daß zwischen der mehr oder minder vorhandenen Symmetrie der Gesichtsbildung und der geistigen Anlage eines Menschen ein gewisser Zusammenhang besteht, den wir keineswegs nur als etwas zufälliges bezeichnen dürfen, der vielmehr bei einem bestimmten Typus von Individuen mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrt. Der Psychiater legt ja dem Vorhandensein von Assymmetrieen der Gesichtsbildung im Sinne eines psychopathischen Befundes schon längst eine größere Bedeutung bei, andere leugnen diese Bedeutung — jeder hat von seinem Standpunkt aus Recht, insoweit er das Extrem in der Anschauung des anderen bekämpft. Wenn man, etwa in Lombrososchen Bahnen wandelnd, jeden Befund einer Gesichtsasymmetrie, jede schiefstehende Nasenscheidewand, jedes angewachsene Ohrläppchen als ein äußeres Zeichen einer geistig verkehrten Anlage, womöglich als ein besonderes Kennzeichen einer Moral insanity ansehen will, so wird damit meiner Ansicht nach denn doch übers Ziel hinausgeschossen. Wir alle wissen, daß der Begriff der Gesichtsasymmetrie überhaupt sehr schwer zu umgrenzen ist, denn wirklich, d. h. auch in den kleinsten Teilen und Linien völlig symmetrische Gesichter gibt es wohl nur wenige oder vielleicht gar keine, so wenig es überhaupt völlig symmetrisch gebaute menschliche Körper gibt. Daraus folgt ohne weiteres, daß ein asymmetrischer Bau korrespondierender Körperregionen an sich etwas durchaus Physiologisches sein kann, und daß erst die Überschreitung eines gewissen Maßes körperlicher Asymmetrie in das pathologische Gebiet bzw. in das Gebiet des Abnormen gehört. So werden wir — um nur ein gewöhnliches Beispiel herauszugreifen — die vielleicht nur zufällig erkennbare angeborene Verkürzung eines Beines eines Menschen um 1 oder 2 mm wohl niemals als einen pathologischen Befund ansehen, während wir die Verkürzung eines Armes oder Beines um mehrere Zentimeter schon als eine unter Umständen sehr ins Gewicht fallende krankhafte Affektion betrachten müssen. Wir werden also von eigentlichen Asymmetrien der Körperbildung — und das gilt auch für die Figuration des Gesichtes — nur da sprechen können, wo diese Asymmetrie eine das Maß des Gewöhnlichen, des Physiologischen überschreitende ist, d. h. wo sie eine sofort deutlich erkennbare und in die Augen springende ist. Von diesem Standpunkt ausgehend, habe ich bei allen Kindern die Gesichtsbildung genau geprüft und die bei bloßer Betrachtung deutlich erkennbaren Asymmetrien des Gesichtes als solche verzeichnet. Hierbei wurden besonders festgestellt: alle Ungleichheiten in der Größe der beiden Gesichtshälften, sowohl in der Gesamtanlage des Gesichtes, wie in den einzelnen Teilen desselben, z. B. verschiedenartige Stellung und Größe der beiden Augen, der Ohren, der Nasenflügel, der Nasenlöcher, verschiedenartige Richtung der Naso-Labialfalten, Tieferstehen des einen Mundwinkels und dergleichen mehr. Auf die einzelnen Begabungsklassen verteilt, ergab sich hierbei folgendes Zahlenverhältnis der festgestellten Gesichtsasymmetrien:

Anzahl der Kinder überhaupt	Gesichtsasymmetrien
A = 108	19
A—B = 55	21
B = 164	54
B—C = 65	38
C = 141	71
D = 7	7

Es genügt ein Blick auf diese Zahlenreihe, um sofort das interessante Resultat festzustellen, daß die Anzahl der Fälle von Gesichtsasymmetrie nicht nur bei den minder begabten Kindern erheblich höher ist, als bei den geistig besser veranlagten, sondern daß offenbar mit der Abnahme der geistigen Begabung eine regelmäßige prozentuale Zunahme der asymmetrischen Gesichtsbildungen zu konstatieren ist. Wenn wir die wichtigsten Begabungsklassen A, B, C, D betrachten, so sehen wir, daß die geistig sehr gut begabten Kinder (A) = 18 % Gesichtsasymmetrien, die mittelmäßig begabten (B) = 33 % Gesichtsasymmetrien, die sehr gering begabten (C) = 50 % Gesichtsasymmetrien, die Schwachsinnigen (D) = 100 % Gesichtsasymmetrien aufweisen. Ich möchte nun noch auf den interessanten Umstand hindeuten, daß die Gruppen A—B und B—C, in denen — wie ich oben näher ausführte — vielfach Individuen mit einer ungleichmäßigen geistigen Anlage rubriziert sind

einen relativ hohen Prozentsatz von Gesichtsasymmetrien — nämlich A—B = 38 %, B—C = 58 % — haben, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß die Beobachtungsreihen für diese beiden Gruppen zahlenmäßig die kleinsten, d. h. statistisch nicht in dem Maße beweiskräftig sind, wie die andern größeren Gruppen. Jedenfalls können wir nach dem Gesamtresultat der vorstehenden Zahlenreihen, ohne dem Befund der Gesichtsasymmetrien eine zu weitgehende Bedeutung beimessen zu wollen, doch zunächst behaupten, daß die Asymmetrie des Gesichtes eine Erscheinungsform ist, die besonders häufig bei den geistig minderbegabten bzw. den ungleichmäßig begabten Individuen zu finden ist.

Es bliebe nun noch zu erörtern, inwiefern die Gesichtsasymmetrie eine besondere Eigenschaft der geistig minderwertigen, der moralisch degenerierten oder sonstigen geistig verkehrten Existenzen zu sein scheint. Für diese Frage ist zunächst schon die Tatsache von einer gewissen Bedeutung, daß die von mir untersuchten sieben schwachsinnigen Kinder, die doch schon als pathologisch zu bezeichnen sind, sämtlich mit Gesichtsasymmetrien behaftet waren. Dabei will ich uoch bemerken, daß überhaupt die höheren und höchsten Grade asymmetrischer Gesichtsbildung vorwiegend in den Gruppen C und D (Schwachsinnige) — und zwar in der letzteren am stärksten — vertreten waren. Dafür aber, daß auch die geistig minderwertigen, bzw. die moralisch degenerierten Individuen oder diejenigen, die, von psychopathischen Eltern abstammend, stark belastet erscheinen, unter den Gesichtsasymmetrien ziemlich zahlreich vertreten sind, will ich im nachstehenden noch eine Anzahl markanter Beispiele vorführen, indem ich die besonders wichtigen, von mir festgestellten Merkmale näher angebe.

1. 10jähriger Knabe, uneheliches Kind, sehr reizbare Gemütsstimmung, deutliche Anzeichen sittlicher Entartung, hat schon mehrfach schwere Schulstrafen wegen Diebstahls erhalten, hat ausgesprochenen Hang zum Lügen, ist aber geistig relativ gut veranlagt (A—B). Gesichtsbildung: Starkes Schiefstehen der Nasenscheidewand, rechtes Auge größer wie linkes; Schiefstand der Zahnreihen, äußere Schneidezähne stehen nicht an normaler Stelle, sondern auffallend weit nach oben, innere Schneidezähne auffallend breit und vierkantig, ungewöhnlich große Ohren — Gesicht in allen Teilen asymmetrisch.

2. 13 jähriges Mädchen. Geistig sehr gering begabt, hat Anlage zu verstocktem Lügen und zum Diebstahl. Gesicht stark asymmetrisch, Nasenscheidewand steht schief.

3. 11 jähriger Knabe, geistig B—C, stammt von leichtsinnigen Eltern ab, hat ausgesprochene Neigung zum Lügen und Anzeichen von Kleptomanie, Gesicht asymmetrisch, Mund unregelmäßig und schief stehend.

4. 13 jähriger Knabe, hat sehr schlechte, unsittliche Anlagen, neigt stark zum Lügen, geistig sehr schwach begabt. Gesicht hochgradig asymmetrisch, länglich und unregelmäßig.

Weitere moralisch degenerierte Kinder, als die vier hier näher beschriebenen, konnten in den drei in Betracht kommenden Schulen nicht eliminiert werden. Es ist nun weiterhin von Interesse, daß 13 Kinder, die durch ihre meist sehr hochgradige Gesichtsasymmetrie auffielen, von denen aber die Hälfte geistig gut veranlagt waren, von Eltern bzw. von Vätern oder Müttern abstammten, die mir als Gewohnheitsdiebe oder sonstwie hochgradig moralisch degenerierte Menschen — darunter einige aus moralisch sehr tiefstehenden, ganz verkommenen Familien — genau bekannt waren. Ich erwähne ferner noch, daß in 16 Fällen von ausgesprochenen Gesichtsasymmetrien — darunter sechs gut und zehn sehr schwach begabte Kinder — festgestellt wurde, daß eins der Eltern geisteskrank, hysterisch oder hochgradig nervös war. Und schließlich erwähne ich noch, daß 24 Kinder mit asymmetrischen Gesichtern — darunter 8 Begabte und 16 sehr schwach Veranlagte — eliminiert wurden, deren Väter, in einem Falle die Mutter, ausgesprochene Gewohnheitstrinker waren, ein Umstand, der wohl auch für die auf die Deszendenz stattfindende ungünstige Einwirkung des Alkoholgiftes spricht. Ein an Epilepsie und ein an Veitstanz leidender Knabe hatten beide asymmetrische Gesichter.

Fassen wir das Gesamtresultat aller letzten Betrachtungen zusammen, so müssen wir zu dem weiteren Schluß kommen, daß Asymmetrieen des Gesichtes sich nicht nur bei den geistig minderbegabten Menschen, sondern auch bei den geistig und moralisch degenerierten Individuen oder bei solchen, die von ihren Eltern in psychopathischem Sinne belastet sind, besonders häufig zu finden scheinen. Ich will nun noch bemerken, daß ich den Befund von angewachsenen Ohrläppchen, dem ja manche Psychiater eine besondere Bedeutung als Degenerationsanzeichen beilegen, in 59 Fällen = 10,9 % — und zwar 14mal in Gruppe A, 24mal in Gruppe B, 20mal in der Begabungsklasse C und 1mal in D — festgestellt habe, daß ich aber nach den Antecedentien der betreffenden Kinder nicht imstande war, auch nur in einer nennenswerten Anzahl der Fälle zwischen dem Bestehen der angewachsenen Ohrläppchen und dem geistigen Status der Kinder irgend einen Zusammenhang im Sinne einer Degeneration abzunehmen. Es mag das vielleicht ein weiterer Beweis dafür sein, daß wir bei der Erklärung von Asymmetrien der Gesichtsbildung bzw. Abnormitäten der Kopfbildung nicht zu weit gehen dürfen; denn wir dürfen nicht vergessen, daß Gesichtsasymmetrien, abnorme Schädelbildungen und dergleichen, ohne immer und ausschließlich mit der geistigen Entwicklung des Menschen in Wechselbeziehungen zu stehen, doch auch manchmal in harmlosen Wachstumsstörungen der menschlichen Frucht — d. h. vor der Geburt —, in Wachstumsstörungen in der Pubertätsperiode, in trophoneurotischen Krankheitsprozessen, in krankhaften Affektionen des Knochensystems, Rhachitis und dergleichen ihre Erklärung finden können — ein Umstand, der für manchen geistig und sittlich hochstehenden, mit abnormer Gesichts- und Schädelbildung behafteten Menschen zur Beruhigung dienen mag.

Ich bin am Ende meines Berichtes über die Resultate meiner Untersuchungen an Schulkindern. Ich glaube bewiesen zu haben, daß derartige Untersuchungen geeignet sind, allerlei interessante Resultate aus den großen Gebieten der Physiologie, Pathologie und — nicht zuletzt — der Physiognomik zutage zu fördern, und ich würde mich freuen, wenn auch andre Kollegen zur Nachprüfung meiner Ergebnisse gleichartige oder ähnliche Untersuchungen anstellen und veröffentlichen würden.

Über die versicherungsärztliche Untersuchung des Herzens.

Von
Dr. Leopold Feilchenfeld.

Eine der Hauptaufgaben der Versicherungsmedizin ist es zweifellos, die Fortschritte der allgemeinen medizinischen Wissenschaft für ihre besonderen Zwecke nutzbar zu machen und daher von Zeit zu Zeit eine Revision der für die Versicherungspraxis besonders wichtigen Anschauungen und Regeln eintreten zu lassen. Das muß entschieden geschehen, wenn man ihr nicht Rückständigkeit vorwerfen soll. Dieser Vorwurf könnte aber gerechtfertigt erscheinen, wenn wir einen Blick auf diejenigen Fragen werfen, die in dem vertrauensärztlichen Atteste der meisten Lebensversicherungsanstalten an den Arzt bei der Untersuchung des Herzens gerichtet werden. Denn aus diesen Fragen geht deutlich hervor, daß sie von den auf dem einschlägigen

Gebiete seit etwa zehn Jahren gemachten Forschungen wenig beeinflußt worden sind.

Freilich kann eine wesentliche Entscheidung bei einem so wichtigen Teile der vertrauensärztlichen Untersuchung natürlich nicht durch einen Einzelnen herbeigeführt werden. Viele und maßgebende Autoritäten müssen dazu beitragen. Hier soll nur eine Anregung gegeben werden, besonders in der Hoffnung, daß der Gegenstand auf die Tagesordnung des nächsten internationalen Kongresses kommen und dort durch eine ergiebige Diskussion ein positives Resultat zeitigen möge.

Der Spitzenstoß wird seiner Lage nach zumeist durch die Beziehung zu der Brustwarze bestimmt. A. Kirchner*) hat aber festgestellt, daß die Lage der Brustwarze so erheblich schwankt, daß ihr je nach der Körperlänge und Brustweite der Personen eine ganz verschiedene Beurteilung zukommen müßte. Er fand bei 900 Gesunden, daß die Entfernung der Brustwarze von der Mittellinie (des sternum) zwischen 9—13 cm beträgt. Auch Goldscheider**) kommt zu dem Resultat, daß die linke Brustwarze keinen unveränderlichen Punkt für die Lage der Herzspitze darstellt, da schon bei der In- und Exspiration wesentliche Verschiedenheiten sich ihm ergeben haben, wie er durch sehr leise Perkussion (Schwellenwerthsperkussion) und den Vergleich mit Orthodiagrammen gefunden hat. Auch ich habe schon in meinem Leitfaden für die Versicherungspraxis darauf aufmerksam gemacht, daß die Herzspitze bei ganz gesunden Menschen in der Mammillarlinie oder etwas nach außen von ihr zu fühlen ist, ohne daß man daraus irgend einen Schluß auf das Vorhandensein einer Affektion des Herzens ziehen dürfte. Man muß daher mit Goldscheider und Kirchner verlangen, daß für die Lage des linken Herzrandes die Bestimmung durch das Zentimetermaß eingeführt werde. Der Normalwert wäre bei erwachsenen Männern und bei mittlerer Atmung 9—10 cm, bei tiefster Exspiration 11—12 cm maximale Entfernung von der Mittellinie des sternum bis zum linken Herzrande.

Schwieriger als über die topographische Bestimmung der Herzspitze wird sich wegen der Art der Perkussion eine Einigung erzielen lassen. Zunächst die Position der untersuchten Person. Für die Palpation der Herzspitze ist wohl das von Drescher und Seitz, wie von Gumprecht empfohlene Verfahren stets anzuwenden, daß man die Untersuchung bei nach vorn geneigtem, aufrechtem Körper vornimmt. Nur, wenn schon in Rückenlage oder gerader Haltung die Herzspitze deutlich fühlbar ist, kann man von der vortrefflichen Methode jener Autoren absehen. Bei der Perkussion wird aber immer noch von Vielen die Rückenlage bevorzugt, so auch von Goldscheider in der zitierten Arbeit. Mir ist das unbegreiflich, da man sich jeden Augenblick, namentlich bei korpulenten Personen, von der Tatsache überzeugen kann, daß in der Rückenlage das Herz erheblich nach hinten d. h. nach der Wirbelsäule hin zurückfällt und die Perkussion absolut andere Verhältnisse ergibt, als bei aufrechter Haltung. Allerdings ist es wohl wahr, daß man sich bei der horizontal wirkenden Perkussion mehr Erfolg versprechen kann, als bei der in aufrechter Haltung leicht vorkommenden schrägen Richtung. Aber man muß doch selbst für die feinsten Perkussionsmethoden zugeben, daß mit der größeren Entfernung des Herzens von der Brustwand die Sicherheit des Perkussionsresultates abnimmt. Hingegen wird man sicherlich die leise Perkussion, wie sie Goldscheider verlangt, auch für die versicherungsärztliche Untersuchung des Herzens als selbstverständlich betrachten. Die Perkussion soll so leise vorgenommen werden, daß nur eben ein ganz leichter Schall mehr gefühlt, als gehört wird. In der Tat pflegt dann, namentlich bei dem allmählich von der Seite, von den Lungenpartieen her zur Herzgegend übergehenden Perkutieren der eben noch deutlich wahrnehmbare Schall vollkommen zu verschwinden, sobald man auf die dem dahinter liegenden Herzen entsprechende Partie kommt. Ich habe mich von der Vortrefflichkeit dieser Methode bereits vor zwanzig Jahren überzeugt. Damals kam auf meine Abteilung im Krankenhause ein Mann, der ziemlich unbesinnlich war, einen sehr frequenten, kleinen Puls hatte und cyanotisch aussah. Bei leisester Perkussion des Herzens fand ich eine abnorme Vergrößerung der Herzdämpfung und nahm das Vorhandensein eines sehr großen perikardialen Exsudates an, was mir aber auf Grund seiner Untersuchung von einem sehr erfahrenen Kliniker bestritten wurde. Indessen bestätigte der Befund bei der Obduktion bereits am nächsten Tage, daß es sich um eine sanguinulente Perikarditis aus unbekanntem Ursprung handelte und um Anwesenheit von mehr als einem halben Liter Flüssigkeit. Diese Diagnose war nur bei leiser Perkussion möglich gewesen, während laute Perkussion der sehr mageren Brustwand durch das Mitklingen der benachbarten Lungenpartien eine kleine Herzdämpfung vorgetäuscht hatte. Etwas andres ist aber zu bedenken, daß man nämlich auf eine etwa vorhandene mäßige Verbreiterung der Herzdämpfung nach rechts nicht zu viel Gewicht legt. Die direkte Frage in dem vertrauensärztlichen Atteste läßt das wohl erwarten. Indessen kommen vorübergehende Verbreiterungen des Herzens nach rechts ebenso wie nach links vor infolge von Überanstrengungen, die eine ernste Gefährdung des Lebens nicht mit sich bringen. Vielmehr habe ich solche Verbreiterungen schon häufig wieder verschwinden sehen. Allerdings wird man einen Unterschied machen zwischen fetten und mageren Personen. Bei Mageren wird man eine erhebliche Verbreiterung nach rechts immerhin als einen bedenklichen Umstand betrachten. Bei Korpulenten aber ist entschieden die Furcht vor Aufnahme von Personen mit mäßiger Verbreiterung des Herzens nach rechts völlig ungerechtfertigt. Ich habe schon eine Reihe von Patienten fast zwei Jahrzehnte dauernd beobachtet, die bei solcher Verbreiterung nie die geringsten Beschwerden von Seiten des Herzens dargeboten haben. Ich wies auch in meinem Leitfaden für die Versicherungspraxis darauf hin, daß eine Verbreiterung häufig durch Hochstand der Leber und des Zwerchfells vorgetäuscht wird. Jetzt hat nun Goldscheider in seiner oben erwähnten Arbeit den genauen wissenschaftlichen Nachweis erbracht, daß bei tiefer Exspirationsstellung, also Hochstand des Zwerchfells die Herzdämpfung erheblich breiter ausfällt, als bei der mittleren, oder der extremen Inspirationsstellung. Bei korpulenten Personen mit fettem, aufgetriebenem Leibe und schwerer Leber ist aber zumeist eine andauernde Exspirationsstellung des Zwerchfells vorhanden. Infolgedessen darf es nicht Wunder nehmen, wenn man die Dämpfung des Herzens, namentlich bei subtiler Perkussionsmethode oder womöglich durch Orthodiagramm nach rechts verbreitert findet. Es muß in solchen Fällen sorgsam auf die Töne des Herzens geachtet werden, auf die Pulsbeschaffenheit und die anderen physikalischen Methoden, um eine ernste Herzmuskelaffektion auszuschließen.

Ein Umstand ist aber auch noch bei der Perkussion in Betracht zu ziehen, der bisher mit Unrecht wenig Beachtung fand. Das ist die Intensität der Herzdämpfung. Bei den schweren Formen von Herzmuskelerkrankung, besonders den mit Arteriosklerose komplizierten, findet man so kompakte Dämpfungen, daß man eine besonders feine Methode zu ihrer Eruierung nicht nötig hat. Häufig ist auch bei Fällen von Angina pectoris eine solche solide Herzdämpfung, die gar nicht zu sehr groß zu sein braucht, vorhanden. Auf eine solche ist, glaube ich, mehr Wert

*) Deutsche Med. Wochenschr. Nr. 21, 1905.

**) Deutsche Med. Wochenschr. 1905, Nr. 9 u. 10.

in prognostischer Hinsicht zu legen, als auf eine durch besonders sorgsame Perkussion herausgebrachte Herzvergrößerung mit sehr leichter Dämpfung des Schalles. Wiederum möchte ich die mäßigen idiopathischen Hypertrophien des Herzens, die sich bei jugendlichen Personen finden, ohne daß etwa Eiweiß im Urin nachweisbar wäre, oder eine Klappenaffektion besteht, für unschuldig halten. Ich sah sehr oft solche mäßigen Hypertrophien, besonders am linken Herzen, infolge früher bestehender Blutarmut und Schlaffheit des Herzens sich entwickeln, ich möchte sagen als Heilungsvorgang. Durch angewandte Herztonica (Digitalis, Strophantus) und durch allgemeine Behandlung, besonders methodische Gymnastik und Hydrotherapie werden solche schlaffe Herzen derartig gekräftigt, daß oft, besonders bei jugendlichen Individuen, eine geringe Hypertrophie des Herzmuskels allmählich entsteht, die durchaus nicht als eine krankhafte Erscheinung aufzufassen ist.

In bezug auf die Auskultation hat die neueste Zeit keine wesentliche Veränderung unserer Anschauungen über die Bedeutung des Befundes gebracht. Die Auskultation der Herztöne bleibt natürlich stets das souveräne Mittel für unsere Beurteilung der Klappenerkrankungen. Es muß auf die Reinheit der Herztöne, auf ihre Akzentuation geachtet werden, ob ein Ton gespalten ist, ob ein Ton klappend erscheint und ob Geräusche vorhanden sind. Die Bedeutung der einzelnen Klappenkrankheiten für die Lebensprognose zu betrachten, ist einstweilen nicht möglich. Man wird sich aber mit dieser Frage eingehend zu beschäftigen haben, wenn man die Lebensversicherung allgemeiner auch auf minderwertige Individuen ausdehnen wird, was sicherlich mit der Zeit kommen wird. Das eine kann aber schon jetzt gesagt werden, daß auch die Herzklappenfehler in Rücksicht auf ihre Beeinträchtigung der Lebensdauer viel zu ungünstig beurteilt werden. Sicheres kann erst durch genaue Morbiditätsstatistiken eruiert werden. Eine Tatsache ist, daß abgelaufene Herzklappenfehler in keiner Weise eine mittlere Lebensdauer bis zum 55. Jahre ausschließen. Nur das eine ist zweifellos, daß solche Personen bei jeder akuten Krankheit mehr in Lebensgefahr kommen, als gesunde. Zwei Momente scheinen mir besonders für die Beurteilung eines Herzklappenfehlers von Wert. Einmal, in welcher Lebensperiode ein solches Leiden erworben wurde. Die im Kindesalter akquirierten Fehler, namentlich, wenn sie im Anschluß an akute Infektionskrankheiten sich entwickelten, involvieren eine sehr ungünstige Prognose, offenbar weil am ganzen Herzen ernstere Folgeerscheinungen sich zu zeigen pflegen und dann, weil der übrige Körper bei seiner Entwicklung geschädigt wird. Die Patienten, die ihren Herzfehler später als mit 22 Jahren erwarben, haben eine günstigere Chance, mit dem Leiden einigermaßen fertig zu werden. Das zweite Moment aber, von dem das Schicksal der an Herzklappenkrankheiten Leidenden abhängt, das ist die Beschaffenheit ihres Herzmuskels.

Die Prüfung der Herzmuskelkraft, das heißt der Funktion des Herzens ist erst in den letzten Jahrzehnten in den Vordergrund der Herzuntersuchung überhaupt getreten. Seit den Arbeiten Engelmanns hat man auch bei den Klinikern mehr Wert darauf gelegt, die Kenntnis von der Leistungsfähigkeit des Herzmuskels zu fördern. Denn man erkannte, daß jedes Herz so viel aushalten kann, als sein Muskel zuläßt. Damit soll natürlich nicht behauptet werden, daß das durch Kompensation eines Klappenfehlers hypertrophisch gewordene Herz auch leistungsfähiger geworden ist. Davon kann natürlich nie die Rede sein. Eine erhebliche Hypertrophie wird stets darum eine Gefahr für den Patienten bleiben, weil eine maximale Anstrengung eines solchen Herzens zu plötzlichem Versagen führen kann. Aber bei gut kompensierten Klappenfehlern mit geringer Herzmuskelhypertrophie und bei allen Zuständen von Herzmuskelschwäche, besonders bei der Neurasthenia cordis wird man stets auf die Funktionsprüfung des Herzens angewiesen sein, wenn man über die Zulässigkeit eines solchen Falles zur Versicherung ein Urteil abgeben will.

Die Prüfung der Funktionsfähigkeit des Herzmuskels geschieht einmal durch die von v. Basch inaugurierte physikalische Methode der Blutdruckmessung. Diese mehr klinische Methode würde für die gewöhnliche Untersuchung der Versicherungsärzte kaum eingebürgert werden können. Zur Aufnahme von Kurven selbst mit sehr verbesserten Apparaten wie zur sicheren Beurteilung der angefertigten Kurven gehört eine größere Vertrautheit mit dieser Methode, als man bei den meisten Ärzten voraussetzen darf. Immerhin wird das Verfahren für zweifelhafte Fälle stets in Betracht kommen. In einem Vortrage hat Kraus*) eingehend den Einfluß von Reizen z. B. des Trigeminus durch Ammoniak auf den Blutdruck geprüft. Er hat ferner gefunden, daß bei einer Atropineinspritzung (von 0,0005 bis 0,001) eine vorhandene arhythmische Herztätigkeit verschwindet, wenn sie leichter, unschuldiger Art ist (etwa durch Blähung des Magens bedingt), daß sie aber unverändert bestehen bleibt, wenn es sich um eine ernste Herzmuskelerkrankung handelt. Diese, bereits von Dehio empfohlene Methode könnte wohl in schwierigen Fällen zur Entscheidung über die Bedeutung einer Pulsunregelmäßigkeit zur Anwendung gezogen werden. Die feineren Unterscheidungen aber, die Kraus macht zwischen der verschiedenen Zeitfolge in den Kontraktionen der einzelnen Herzabschnitte bei bestimmten Reizungen, sind zu subtil, als daß sie vorläufig für eine praktische Verwertung bei vertrauensärztlichen Untersuchungen in Betracht kommen könnten. Man wird daher schon einfachere Maßnahmen anwenden oder auch noch suchen müssen. Die gewöhnlichste Prüfung der Funktionstüchtigkeit des Herzens besteht darin, daß man den Puls im Liegen und im Stehen prüft. Bei gesundem Herzen ist eine merkliche Differenz vorhanden. Der Puls ist langsamer, voller beim Liegen, wird frequenter und etwas kleiner beim Stehen. Diese Untersuchung dürfte niemals versäumt werden. Denn nach Schapiro verschwindet diese Pulsdifferenz bei Lagewechsel, wenn eine Hypertrophie oder Dilatation des Herzmuskels besteht. Ich habe gefunden, daß für Schlaffheit des Herzmuskels ganz charakterisch die Erhöhung der Pulsfrequenz im Liegen ist, die aber nicht sofort, sondern erst nach einigen Minuten sich einstellt. Neuerdings hat Herz**) eine Methode zur Prüfung der Herzmuskelfunktion empfohlen, die mir sehr brauchbar erscheint. Er läßt den rechten Arm langsam und mit gespanntester Aufmerksamkeit beugen und strecken.

Der Puls wird vor dieser „Selbsthemmungsbewegung“ gezählt und gleich nachher. Bei gesundem Herzmuskel zeigt sich fast gar keine Differenz der Pulszahl. Bei affiziertem Herzmuskel beträgt aber die Differenz oft, namentlich wenn der Puls zuerst sehr frequent war, 10—40 Schläge in der Minute. Man wird die Methode erst noch genauer an einer großen Zahl von Gesunden und Kranken prüfen müssen, ehe man sie endgültig als eine regelmäßig zu übende empfehlen kann. Ich habe mich in einigen Fällen von der Vortrefflichkeit dieser Methode überzeugt. Eine längst gekannte Art der Funktionsprüfung des Herzens besteht in der Anstrengung des Untersuchten durch einige schnelle körperliche Bewegungen. Man läßt die Person schnell im Zimmer umhergehen oder eine Treppe schnell hinauf- und herunterlaufen oder einige Male die Kniebeuge machen. Bei einem kräftigen, leistungsfähigen Herzmuskel darf die nach solchen Anstrengungen natürlich auftretende Erhöhung des Pulses,

*) Deutsche Med. W. 1905, 1—3.

**) Deutsche Med. Woch., 1905, Nr. 6.

oft bis zu 120 Schlägen, nicht länger als einige Minuten andauern und die Pulszahl muß allmählich wieder ganz zur Norm zurückkehren*). Es wäre erwünscht, wenn noch immer mehr und mannigfaltigere Methoden gefunden würden, um das Herz auf seine Funktionstüchtigkeit zu prüfen. Denn für die Gutachter, besonders bei der Lebensversicherung, fehlt doch das bei Herzleiden so wichtige Moment der Anamnese. In vielen, gerade sehr ernsten Fällen von Herzerkrankungen ist der Befund ein fast negativer, während doch erhebliche subjektive Beschwerden, Schmerzen in der Herzgegend, ausstrahlende Schmerzen im Rücken, in der Schulter und im Arm, sowie Atemnot beim Gehen, Angstzustände und Vernichtungsgefühl vorhanden sind, die oft allein schon die Diagnose einer Herzmuskelerkrankung rechtfertigen.

Allenfalls kann man schon ein Zugeständnis erhalten der Intoleranz gegen Alkohol, Nikotin, gegen sexuelle Anstrengung und Betätigung manchen Sports. Auch hieraus lassen sich richtige Schlüsse über die Funktion des Herzens ziehen. Die Intoleranz gegen den Alkohol würde sich sogar objektiv beweisen lassen, wenn man der Anregung von M. Kochmann**) folgt, der bei Aufnahme von geringen Mengen Alkohol (40 g Portwein) das Gleichbleiben der Pulsfrequenz, aber eine Steigerung des Blutdrucks beobachtete, die nach etwa einer Stunde geschwunden war. Es ist wahrscheinlich, daß eine Prüfung dieser Methode bei Herzkranken eine erhebliche Veränderung des Verhaltens gegenüber dem gesunden Herzen feststellen wird, vermutlich eine Steigerung der Pulsfrequenz und Herabsetzung des Blutdrucks für einige Stunden. Die Methode könnte für die Bestimmung der Insuffizienz des Herzmuskels eine hervorragende Bedeutung gewinnen, ebenso wie vielleicht die gleiche Prüfung des Herzens in seiner Fähigkeit, größere Flüssigkeitsmengen zu bewältigen.

Wenn auch nicht alle hier erwähnten Punkte in dem vertrauensärztlichen Atteste einen bestimmten Ausdruck erhalten können, so muß doch der Fragebogen wenigstens ungefähr dem heutigen Standpunkte entsprechen, den die innere Medizin in Hinsicht auf die Untersuchung des Herzens einnimmt. Ich möchte einen solchen Fragebogen zum Schluß anfügen, der, wie ich glaube, den Anforderungen etwa gerecht wird:

a) Ergibt die Palpation eine Erschütterung der ganzen Herzgegend?
b) Wo ist der Spitzenstoß in aufrechter, etwas nach vorn geneigter Haltung zu fühlen?
c) Ist der Spitzenstoß
 α) nur durch Auskultation wahrnehmbar?
 β) deutlich fühlbar?
 γ) verbreitert?
 δ) stark hebend?
d) Welche Herzgrenzen ergibt die leise Perkussion (beim Stehen oder Sitzen)?
 α) nach oben?
 β) nach rechts?
 γ) nach links (Entfernung in Zentimetern von der Mittellinie des Sterum)?
e) Ist der Perkussionsschall des Herzens leicht oder intensiv gedämpft?
f) Sind die Herztöne rein, rhythmisch, gut akzentuiert?
g) Sind die Herztöne stark klappend oder gespalten?
h) Bestehen Geräusche am Herzen oder an den großen Gefäßen?
i) Wie ist die Beschaffenheit des Pulses? Wieviel Schläge in der Minute (beim Sitzen)? Sind sie isochron mit dem Herzschlage? Und an beiden Radialarterien gleich?
k) Wie ist der Zustand der Blutgefäße (Varicen, Arteriosklerose)?
l) Sind Zeichen einer Insuffizienz des Herzmuskels vorhanden?
m) Halten Sie das Herz für gesund?
n) Oder welcher pathologische Zustand besteht nach Ihrer Ansicht und welche Bedeutung legen Sie ihm bei?

*) Katzenstein fand, daß bei starker Kompression der Arteriae femorales, wenn das Herz funktionskräftig ist, keine erhebliche Blutdrucksteigerung erfolgt und der Puls vollkommen die gleiche Frequenz zeigt wie vorher; daß aber bei Schwäche des Herzmuskels der Puls eine erheblich höhere Zahl von Schlägen aufweist. Diese Methode dürfte für die Entscheidung schwieriger Fälle herangezogen werden, ist aber wegen der Notwendigkeit eines Assistenten bei der gewöhnlichen, versicherungsärztlichen Untersuchung nicht anwendbar.

**) Deutsche Med. Woch., 1905, Nr. 24.

Traumatische Geistesstörung. Idiop. Allgem. Paralyse? Alkoholische Pseudoparalyse?

Von
Dr. **Hermann Kornfeld**, Gleiwitz O/S.

Vorgeschichte.

Die Akten ergaben folgendes: Der 42 jährige Arbeiter X. erlitt am 19. Juni 1904, mittags $12^1/_2$ Uhr, einen Unfall, indem er von der obersten Stufe der Kellertreppe mit einem Korbe Bier abstürzte. Er selbst gab am 8. August 1904 an, daß er sich hierbei eine innere Verletzung zugezogen habe. Der Protokollführer bemerkt, daß X. bei der Vernehmung den Eindruck eines Geistesgestörten machte. Die Fragen mußten wiederholt an ihn gestellt werden, ehe er eine beantwortete.

Sein Arbeitgeber gab an: Als er in dem Laden den X. nach seinem Herauskommen aus dem Keller wiedersah, trug er ein verändertes Wesen zur Schau und zeigte auf dem Gesichte einige Blutflecken. Auf dem Kellerboden befanden sich zerschlagene Flaschen, und die im Korbe heraufgebrachten waren schmutzig.

Die Zeugin gab an, sie hätte auf der Kellertreppe ein Gepolter gehört; bald darauf kam X., der in den Keller um Bier geschickt war, herauf, erzählte, er sei die Treppe heruntergefallen und klagte über Seitenschmerzen.

Der zuerst zugezogene Arzt berichtete am 29. Dezember 1904, daß er nur eine blaue Quetschung am Rücken am 20. Juni ej. notiert und den p. X. nur dieses eine Mal gesehen habe. Vom 29. Juni bis 16. Juli hätte sein Vertreter die Behandlung übernommen.

Der ärztliche Vertreter berichtet am 5. Mai 1905: Soweit ihm die Vorgänge gegenwärtig seien, wechselten die Klagen des X. sehr und waren anscheinend nur die Äußerungen der bereits stark ausgesprochenen Geistesschwäche; vornehmlich waren es Beschwerden über Verdauungsstörungen. Er habe den Eindruck gehabt, daß die Geistesschwäche mangels vorangegangener Zeichen erheblicher Kopfverletzungen nur gezwungenermaßen mit einem Unfalle in Zusammenhang zu bringen sei. Die Wahrnehmungen des Arbeitgebers erschütterten diese Annahme nicht. Er nähme an, daß ein mäßiger Grad von Geistesschwäche schon vorher bestanden habe, und daß X. in dem Zustande „geistiger und körperlicher Unbeholfenheit“, wie er ihn nachher in ausgesprochenem Grade beobachtet hat, die Treppe heruntergefallen sei.

Im Krankenhause befand sich X. vom 17. August bis 22. September 1904 und vom 17. Mai bis 23. Mai 1905. Die Notizen über ihn lauteten: ... Nach dem Unfall klagte er über

Schmerzen im Kopfe, wegen Verschlimmerung des Geisteszustandes erfolgte die Aufnahme.

Der Befund bei der ersten Aufnahme war: Normale Pupillarreflexe. Sehr gesteigerte Patellarreflexe. Schwanken bei geschlossenen Augen. Herabsetzung der Sensibilität, auch für Kälte und Wärme, auf beiden Beinen. Ortssinn vorhanden. Kann schwere Worte nicht nachsprechen, nicht rechnen, lesen und schreiben. Erhält Jodkali und Bäder mit kalten Übergießungen.

Diagnose: Paralytische Geistesstörung.

Am 27. August: Beginnende Besserung. Deutlichere, schnellere Antworten. Besserer Gang.

Am 10. September: Beteiligt sich bei leichteren Arbeiten.

Am 21. September: Gang gut. Sprache bedeutend deutlicher.

Nachdem sich sein Geisteszustand zuhause verschlimmert hatte und einige Tage sich heftige Krämpfe eingestellt hatten, wurde er von Neuem aufgenommen.

Befund am 27. Mai 1905: Elendes Aussehen, seltene und undeutliche Antworten. Sehr kleiner Puls. Große, ziemlich starre Pupillen. Sehr gesteigerte Patellarreflexe.

Bis zum 22. ej. Besserung, von da ab Verschlimmerung und Tod am 24.

Die am 25. Mai ej., etwa 30 Stunden nach dem Tode erfolgte Sektion ergab im wesentlichen folgenden Befund:

6. Pupillen 0,6 cm groß, beiderseits gleich, rund.
19. Scheitelbeine äußerst dünn (2—3 mm), Hinterhauptsknochen sehr dick (0,8—1,2 cm).
22. Die weiche Haut der Oberfläche fast durchweg mehr oder weniger stark getrübt, stellenweise durch reichliche, getrübte Flüssigkeit gespannt und emporgehoben, sehr reichlich an den Seiten der Mittellinie mit Wucherungen besetzt.
22. Inhalt an der Basis ca. 30 ccm getrübte, grauweise Flüssigkeit.
23. Harte Hirnhaut überall glatt, auf dem rechten Felsenbeine eine ca. 4 : 4 cm große, gelbliche Verfärbung und Verdickung, undeutlich abgegrenzt.
24. Gefäße an der Grundfläche wenig bluthaltig; vereinzelte Einlagerungen in den weichen Wänden von gelber Farbe . . . . . .
25. Großhirn gut konsistent, die Windungen platter, die Furchen seicht. Rinde dunkel, Mark zeigt spärliche Blutpunkte.
27. Höhlen sehr stark erweitert. Reichlich je zwei Eßlöffel klarer Flüssigkeit in den Seitenhöhlen, weniger in der dritten und vierten. Die Auskleidung nicht bemerkenswert getrübt.
32. (Bauchdecken) . . . . 3 cm dicke Fettschicht.
42. Herz: Konsistenz fest, Kranzgefäße gefüllt, Klappenapparat unversehrt bis auf atheromatöse, härtliche Einlagerungen in der Innenhaut des Anfangsteils der Brustschlagader. Muskulatur braunrot, in der rechten Kammer 0,4, in der linken 1,5 cm dick.
44. Lungen: Die Ränder zeigen erweiterte Zellen.
63. Leber: 22 : 14 : $1^1/_2$ cm groß, Konsistenz etwas vermindert. Schnittfläche zeigt deutliche Läppchenzeichnung, rötliches Zentrum der Läppchen, blaßbraune Peripherie.

Mit Rücksicht auf die ungenügenden Angaben in den Akten habe ich mich direkt mit der Witwe X. und mit dem ehem. Arbeitsgeber und dessen Frau in Verbindung gesetzt, wobei ich Folgendes zur Ergänzung erfahren habe:

1. Angaben der Frau X:

X. war seit 1893 verheiratet, hat drei Kinder, ist vor dem Unfalle immer gesund gewesen, hat drei Jahre gedient und war auch zweimal eingezogen. Nur klagte er das letzte Jahr, daß die Arbeit doch sehr schwer wäre, und ihm die Beine oft weh täten. Am 12. Juni 1904, beim Nachhausekommen um die Mittagszeit, hat er ihr erzählt, er wäre die Treppe heruntergestürzt, mit dem Kopfe auf etwas aufgefallen, hätte dann eine Zeitlang liegen bleiben müssen, wobei er von nichts gewußt und auch die Augen nicht hätte aufmachen können. Er habe sich gleich zu Bett gelegt, über Schmerzen in der rechten Seite, im Kreuz und außen am rechten Oberschenkel geklagt, welche Teile blau verfärbt, letzterer auch eingedrückt erschienen. Die Frau hätte ihn geschmiert und ihn am 13. zum Arzt geschickt. Die ersten Wochen nach dem Unfall hätte er viel gestöhnt, über den Kopf geklagt und auf Fragen immer geantwortet: „Laß mich". Veränderung der Sprache und geistige Schwäche hätte sie erst später wahrgenommen, die beide zunehmend schlimmer geworden wären. Die letzte Zeit zuhause hätte er unwillkürliche Entleerungen gehabt.

2. Angaben des Herrn und Frau T.:

Der Verstorbene ist seit 1887 in Arbeit bei ihnen bzw. den Vorgängern mit Ausnahme eines halben Jahres, vor ca. 5 Jahren, gewesen. Wie seine Notizen zeigen, ist er nur vor einem halben Jahre einmal ca. acht Tage lang krank, sonst bis zum Unfalle nie ernstlich krank und gleichmäßig arbeitsfähig gewesen. Er war beschränkt, aber in letzter Zeit nicht mehr wie von jeher. Früher habe er stärker getrunken, das letzte oder halbe Jahr aber wenig. Auch an seinem Gange und seiner Sprache sei vor dem Unfalle nichts Auffallendes zu bemerken gewesen. Unmittelbar nach dem Unfalle wäre er im Gesicht beschunden gewesen; wie Frau T. sich erinnern will, auf der rechten Stirnseite, so daß Herr T. ausrief: „Wie sieht denn der Kerl aus?" Auf Befragen hätte er ihn angeguckt, nicht geantwortet und wäre wie betäubt gewesen. Seit dem Unfalle habe er nicht mehr arbeiten können. Bei gelegentlichem Vorbeigehen bei ihrem Laden hätte er den Eindruck eines sehr Leidenden gemacht. Frau T. meinte, sein Gang wäre turklig gewesen, wie der eines Betrunkenen, obschon er sicher nichts getrunken habe. Allerdings wäre er schon von dem Vorgänger als beschränkt bezeichnet worden, jedoch soll er keineswegs einem Schwachsinnigen gleich zu achten gewesen sein; sonst hätte er ihn auch garnicht im Geschäft brauchen können. Es ist ausgeschlossen, daß er sich etwa krank gemeldet hätte, um Krankengeld zu erhalten; er sei im Gegenteil nach dem Unfalle wiederholt zu ihm gekommen mit der Bitte um Arbeit, mußte aber, da er offenbar leidend und nicht arbeitsfähig war, wie ihm das auch ärztlich bescheinigt wurde, abgewiesen werden.

Gutachten.

Festgestellt worden ist in vorliegendem Falle:

daß X. seit dem Sturze von der Treppe am 19. Juni 1904 bis zum Tode arbeitsunfähig war, ferner,

daß er seitdem progressiv, mit geringen Nachlässen, dement wurde, ferner,

daß die Sektion Veränderungen in der weichen Hirnhaut und im Gehirn ergeben hat, weiterhin,

daß X. früher starker Trinker war und seit vielen Jahren schon den Eindruck eines geistig minderwertigen Menschen gemacht hat.

Die Angaben über die Symptome nach dem Falle sind allerdings nur lückenhaft, aber der oben geschilderte Verlauf erweckt doch in erster Linie die Präsumtion, daß der Fall die Ursache der tödlich verlaufenen Krankheit gewesen ist; und zwar in dem Grade, daß nicht sowohl der Zusammenhang zwischen Unfall und Tod zu erweisen wäre, sondern im Gegenteil die Gründe angeführt werden müßten, die einen solchen Zusammenhang ausschließen würden.

Die Symptome des Leidens nach dem Unfalle könnten auf Demenz infolge von Alkoholismus oder auch auf die sogenannte demente Form der allgemeinen Paralyse der Irren bezogen werden. Der Sektionsbefund widerspricht keiner der beiden Annahmen; insbesondere ist das Silbenstottern und die Gehstörung bei beiden beobachtet worden. Gegen Paralyse spricht von körperlicher Seite, daß, obschon die Geistesschwäche Ende Juni von dem behandelnden Arzte als eine sehr ausgesprochene gefunden wurde, bei der Aufnahme im Krankenhause am 17. August 1904 die Pupillarreflexe als normal notiert wurden. Auch die Kniereflexe sind bis in die letzten zwei Tage hin nicht aufgehoben, sondern sogar gesteigert gewesen. Nun ist aber gerade das Pupillarsymptom äußerst wichtig für die Unterscheidung dieser beiden Krankheiten. Bei dem X. bestand, wie die Sektion zeigte, Hirnhöhlenwassersucht. „Für gewönlich ist aber bei der Dementia paralytica reflektorische Pupillenstarre gleich im Beginn der Krankheit vorhanden, was bei der Gehirnwassersucht nicht der Fall ist.“ *) Gegen Paralyse spricht ferner der verhältnismäßig sehr rasche Verlauf.

Es fragt sich nun: Hat der Alkohol allein, ohne den Sturz, die tödliche Krankheit veranlaßt? Die Antwort muß verneinend lauten; denn Symptome von beginnender Alkoholparalyse hat X. vor dem Unfall nicht gezeigt, insbesondere nie einen Anfall oder auch nur Vorläufer von Säuferwahnsinn gehabt. Andererseits aber ist der Unfall wohl geeignet gewesen, bei dem X. eine chronische Entzündung der weichen Hirnhaut und Gehirnwassersucht zu erzeugen. Ob die unmittelbaren Folgen des Sturzes erheblich waren, scheint zweifelhaft, jedenfalls ist der Kopf getroffen worden, denn es war eine Abschindung im Gesicht vorhanden. Auch muß aus seinem Benehmen unmittelbar nach dem Wiedereintritt in den Schank gefolgert werden, daß er, wenn nicht eine leichte Gehirnerschütterung, so doch eine starke Erregung, eventuell durch den Schreck, erlitten hatte. Auch hat ihn seine Dienstherrschaft, obwohl er weiterarbeiten wollte, doch sofort als arbeitsunfähig angesehen und nach Hause geschickt.

Das ist sichergestellt, daß auch leichtere Traumen des Kopfes, ja selbst ein Fall auf die Füße, die Knie oder das Gesäß eine traumatische Psychose auslösen können. Allerdings ist dann mindestens daneben noch ein oder das andere prädisponierende Moment vorhanden; als solches ist hier die Schwäche durch Alkoholmißbrauch zu bezeichnen. Durch letzteren war es jedenfalls oft schon vorher zu sehr heftigen Blutanfüllungen im Schädel gekommen, wie ja auch die Veränderungen in den Schlagadern wohl als Wirkungen des Alkoholismus zu bezeichnen sind. Nach dem Fall hat eine chronische Affektion der weichen Hirnhaut und Ausscheidung in die Hirnhöhlen begonnen, welche progressiv unter dem Bilde der Paralyse bis zum Tode verlaufen ist. Wie Herr T. bestimmt versichert, ist X. an jenem Sonntag nicht angetrunken gewesen, und soweit ihm bekannt, ist es auch nie, besonders nie im Geschäft, vorgekommen, daß er hingestürzt wäre. Ein genügender Grund, anzunehmen, daß X. infolge von Schwindel ausgeglitten und heruntergefallen wäre, ist nicht gegeben. Ein Zusammenhang zwischen dem Unfall und der nachfolgenden Demenz bzw. dem Tode hat mindestens die allergrößte Wahrscheinlichkeit für sich, die Annahme einer selbständig aufgetretenen oder lediglich auf Alkoholismus beruhenden Paralyse jedoch keine genügende Basis.

*) Schultze in „Spez. Path. u. Ther.“ von Nothnagel. 1901, XIV. Bd., III. T., S. 248.

Referate.

Sammelbericht.

Die Alkoholfrage.

Erstes Halbjahr 1905.

Von Dr. Paul Schenk, Berlin.

I. Allgemeines.

1. **Holitscher**, Alkoholsitte und Abstinenz. Eine Erwiderung auf Prof. Hueppes Vortrag „Alkoholmißbrauch und Abstinenz“. Wien.
2. **Reinhardt**, Im Kampfe gegen den Alkohol. Neuwied und Leipzig, Heusers Verlag. 1 Mk.
3. **Marcinowski**, Im Kampf um gesunde Nerven. 2. Auflage. Berlin bei Otto Salle. 2 Mk.
4. **Rösler**, Über die nationale Bedeutung unserer Enthaltsamkeitsbewegung. Reichenberg. 20 Heller.
5. **Rochat**, Der Alkoholismus in Italien. Annales antialcool. Okt. 1904.
6. **Muralt**, Abstinente Naturvölker. Internat. Monatsschr. z. Erforsch. des Alkoholismus. Mai 1905.

Holitscher (1) versucht die Schlußfolgerungen Prof. Hueppes in dessen Vortrage „Alkoholmißbrauch und Abstinenz“ zu widerlegen. Dem Verfasser ist zuzugeben, daß die Behauptung Hueppes, eine Ernährung ohne Reizmittel sei für den modernen Kulturmenschen eine Unmöglichkeit, auf schwachen Füßen steht. Auch ist nicht zu verkennen, daß der regelmäßige Verbrauch alkoholischer Getränke in den letzten Jahrzehnten in bedeutendem Maße gewachsen ist. Anderseits hat Holitscher selbst die feste Überzeugung, daß der Alkoholismus niemals oder doch fast nie aus einem gesunden Gehirn ein entartetes machen kann. Dabei aber glaubt er bestimmt, daß eine Zeit kommen wird, wo „der Wein so wenig getrunken werden wird wie heute Mohnsaft“.

Reinhardt (2) hält den Alkohol für ein hervorragend kulturfeindliches Moment, das ungezählte Individuen, sowie ganze Völker im Laufe der menschlichen Kulturgeschichte zugrunde gerichtet hat. Gleich unbewiesen wie diese Behauptung ist die andere, daß das soziale Elend in drei Viertel der Fälle eine Folge der Trunksucht sei. Die Beziehungen zwischen Alkoholismus und Pauperismus sind zu verwickelter Natur, um sich durch eine kurze prozentische Abschätzung des Verhältnisses von Ursache und Wirkung auflösen zu lassen.

Marcinowskis (3) interessantes Buch ist bereits in zweiter Auflage erschienen. Wie man einen schwachen, nervösen Menschen zu einer starken, in sich gefestigten Persönlichkeit erziehen kann, will der Verfasser lehren. Der Alkohol gilt ihm als Nervengift, dessen Genuß grundsätzlich schädlich ist. Auf die Menge kommt es dabei gar nicht an.

Rösler (4) vertritt sehr eindringlich die Forderung, daß jeder einzelne in der Alkoholfrage vorbildlich zu wirken berufen ist. Wir sind weniger verantwortlich für unsere eigenen Sünden, aber mehr verantwortlich für die Sünden anderer, als unsere Juristen zu glauben scheinen.

Rochat (5) zeigt zahlenmäßig, daß der Alkoholismus in der modernen Zeit auch eine Gefahr für Italien bedeutet, während Baer in seinem klassischen Werke Italien noch den anderen Nationen als Beispiel der Nüchternheit hinstellte.

Muralt (6) weist darauf hin, daß von den „Segnungen der Kultur“ unbeeinflußte alkoholfreie Naturvölker heute nur in ganz kleiner Anzahl existieren. Sichere Kunde haben wir von Indianerstämmen Zentralbrasiliens, denen jeder Alkohol unbekannt ist. Andere auf gleicher Kulturstufe stehende Indianerstämme Mittel- und Südamerikas haben dagegen schon in vorkolumbischer Zeit es verstanden, sich alkoholhaltige Getränke

zu bereiten. Die erste Gewinnung alkoholischer Getränke erscheint mehr als ein unglücklicher Zufall (Aufbewahrung gekauter brotähnlicher Produkte), denn als notwendige Folge einer gewissen Kulturstufe.

II. Der Arzt und die Alkoholfrage.

7. **Schröder,** Über chronische Alkoholpsychosen. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Band VI, Heft 2/3.

8. **Meyer,** Über den Einfluß der Alkoholica auf die sekretorische und motorische Tätigkeit des Magens. Klin. Jahrb., Bd. 13.

9. **Grotjahn,** Der Alkoholismus. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena. 1904.

10. Dr. **L. K.,** Alkohol und Krankheitsheilung. Der Abstinent. April 1905.

11. **Westergaard,** Was lehrt die Statistik in betreff des Einflusses der geistigen Getränke auf die Gesundheit. Die Alkoholfrage. Heft 3.

12. **Fröhlich,** Alkohol als Krankheitsursache. 3. Bändchen der Volksschriften über Gesundheitswesen und Sozialpolitik. Wien 1904.

13. **Weygandt,** Der Alkohol und das Kind. Vortrag in den wissenschaftlichen Kursen zum Studium des Alkoholismus. April 1905.

14. **Lähr,** Alkoholismus und Nervosität. Mäßigkeitsblätter. Mai 1905.

15. **Dietz,** Der Alkohol in den Irrenanstalten. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus. April 1905.

16. **Krause,** Antialkohol — blaues Kreuz — religiöser Wahnsinn. Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin. Januar 1905.

Schröder (7) schildert die außer dem Delirium tremens und der akuten Alkoholparanoia bei Trinkern vorkommenden, im Gegensatz zu den beiden genannten Erkrankungen durch schleichende Entwicklung oder ungünstigen Verlauf gekennzeichneten Psychosen alkoholischer Natur. Die Ätiologie der psychischen Erkrankungen ist eins der schwierigsten Kapitel der Medizin. Ist doch der chronische Alkoholismus allein nicht einmal ausreichend, um das Delirium tremens zu erzeugen. Denn nur ein gewisser Teil der Säufer, und zwar kein besonders großer, erkrankt an Delirium tremens. Über den Charakter des zur Erzeugung der Alkoholpsychosen augenscheinlich noch erforderlichen Zwischengliedes sind wir bisher nur auf Vermutungen angewiesen. Die Gefahr, zuviel unter den Namen alkoholistische Psychose zu bringen, besteht für die chronischen Zustände in noch höherem Grade als für die akuten.

Zwei große Gruppen der chronischen Geistesstörungen bei Trinkern lassen sich unterscheiden: die paralytischen und die paranoiden Formen. Über die pseudoparalysis alcoholica sind die Anschauungen allmählich fixiert, die paranoiden Zustände bei Alkoholikern unterliegen noch der Diskussion. Kraepelin unterscheidet von der alkoholischen Pseudoparalyse noch eine alkoholische Paralyse, d. h. eine progressive Paralyse, welche mit den Symptomen des chronischen Alkoholismus verbunden ist. Abzugrenzen ist ferner ein Teil der der paralytischen Form zugehörigen Fälle als polyneuritische Psychose (Korsakowsche Krankheit).

Die Grenze der paranoiden Erkrankungen der Trinker gegen die paralytiformen ist keine scharfe. Die Autoren vergessen vielfach, daß nicht jede chronische Geistesstörung, welche bei einem Trinker zur Entwicklung kommt, alkoholischer Natur sein muß. Bisweilen ist die Trunksucht sogar nur Symptom einer Geistesstörung. Möglicherweise sind die initialen akuten Phasen bei chronischen Alkoholpsychosen stets atypisch. Trotz einer großen Zahl mitgeteilter einschlägiger Krankengeschichten bezeichnet der Verfasser selbst die Ergebnisse seiner Betrachtungen als vorwiegend negative.

Meyer (8) hat bei seinen an Menschen angestellten Versuchen die folgenden wichtigen Resultate gewonnen:

1. Der Alkohol steigert in mäßigen Dosen die Säureproduktion im Magen, ohne einen Säureüberschuß zu erzeugen.
2. Auf die Entleerung der verschiedenen Nahrungsstoffe aus dem Magen übt der Alkohol einen verschiedenen Einfluß:
   Die Entleerung der Kohlehydrate wird gehemmt, die der Fette beschleunigt, auf die Entleerung der Eiweißstoffe ist der Alkohol ohne merklichen Einfluß.
3. Bier und Wein hemmen die Entleerung von Weißbrot aus dem Magen stärker als Kognak in entsprechender Konzentration.
4. Die Entleerung von Fleischspeisen aus dem Magen wird durch Weiß- oder Rotwein nicht gehemmt, durch den Weißwein eher leicht beschleunigt.

Grotjahn (9) vertritt in der Bekämpfung des Alkoholismus durchaus den Mäßigkeitsstandpunkt. Er meint, daß man von der Gesamtheit die Aufgabe eines so billigen und leicht zugänglichen Euphorikums nicht deswegen verlangen könne, weil ein Bruchteil der Individuen damit Mißbrauch treibe. Auch sei wissenschaftlich noch nicht bewiesen, daß auch kleine und gelegentliche Dosen Alkohol schädigend wirken.

Dr. L. K. (10) behandelt die Tatsache, daß bei Kaninchen, welchen eine Typhusbazillenkultur in die Bauchhöhle gespritzt war, nach Einverleibung von 30—40 gr 50 % Alkohol unter die Rückenhaut die Produktion der Antikörper wesentlich litt.

Westergaard (11) glaubt sich durch die Ergebnisse der Statistik zu dem Schluß berechtigt, daß in den dänischen Provinzstädten die branntweintrinkenden erwachsenen Männer durch jedes Liter genossenen Branntweins ihr Leben um mehr als drei Stunden verkürzen.

Fröhlich (12) zeigt in kurzen, treffenden Ausführungen, wie der Alkohol Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Widerstandskraft schädigt. Da es unmöglich sei, eine für jedes Alter, jede Individualität, jede Lebensweise sicher unschädliche Dosis des Alkohols anzugeben, so empfiehlt er die Abstinenz.

Weygandt (13) nimmt im Sinne der Weißmannschen Theorie an, daß der Alkohol das Keimplasma beim Alkoholisten schädigt. Alkoholisten erzeugen mehr Kinder als Nüchterne, jedoch befinden sich unter ihren Früchten auffallend viel Fehlgeburten, Frühgeburten, Totgeburten, Kinder mit Degenerationserscheinungen auf nervösem und physischem Gebiete. Für das Kind selbst ist die Alkoholverabreichung geradezu frevelhaft. Der Alkohol erhöht bei Kindern die Empfänglichkeit für Infektionskrankheiten und schwächt nicht nur ihr Nervensystem, sondern die ganze Konstitution.

Lähr (14) führt aus, daß der gewohnheitsgemäße Alkoholgenuß unter den uns bekannten Ursachen der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie eine wichtige Stelle einnimmt. Relativ selten kommt er ausschließlich als ursächliches Moment in Betracht; seine krankmachende Bedeutung gewinnt er erst zusammen mit anderen schädlichen Einflüssen, sei es, daß er mit diesen die Disposition zur Entwicklung der Nervosität schaffen hilft, sei es, daß er letztere bei einem aus anderen Gründen bereits disponierten Individuum zum Ausbruch bringt. Besonders erfährt die große Gruppe der konstitutionell Nervösen die nervenschädigende Wirkung des Alkohols. Bei ihnen treten Vergiftungserscheinungen schon nach relativ kleinen Mengen ein.

Unter besonderen Umständen kann die anregende Wirkung einer einmaligen beschränkten Alkoholgabe von größerer Bedeutung für den Einzelnen sein, als die nebenhergehenden Eigenschaften der Gabe.

Nach Dietz (15) sind die Irrenanstalten, in denen die verheerenden Folgen des Alkoholmißbrauchs an einem großen Teil der Patienten, unmittelbar an den Trinkern, mittelbar an Idioten, Epileptischen und zahlreichen Geisteskranken zu Tage treten, in erster Linie berufen, ihn zu bekämpfen. Das beste Kampfmittel sei das Beispiel vollständiger Enthaltsamkeit vom Alkohol. Die Alkoholabstinenz aller Irrenanstalten käme nicht allein den Kranken, dem Personal und der näheren Umgebung zugute, sondern würde auch nach und nach segensreich wirken zur Aufklärung des Volkes in den Fragen: Alkoholgenuß und Alkoholmißbrauch.

Krause (16) will an drei Beispielen zeigen, daß die Alkoholabstinenz, wie sie im Blauen Kreuz geübt wird, zum religiösen Wahnsinn führen kann. Jedoch erscheint in den drei Fällen das Verhältnis zwischen Ursache und Wirkung keineswegs genügend geklärt, um der Alkoholabstinenz im Bunde mit religiösen Übungen eine maßgebende Rolle bei der Entstehung der Psychosen zuzuweisen.

III. Alkohol und Sozialhygiene.

17. **Laquer,** Trunksucht und Temperenz in den Vereinigten Staaten. Grenzfragen des Nerven- und Seelenlebens. 34. Heft.

18. **Laquer,** Das Verhältnis von Trunksucht zu Armut und Verbrechen in den Vereinigten Staaten. Der Alkoholismus 1905. Heft 2.

19. **Mombert,** Das Nahrungswesen. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena 1904.

20. **Marcuse,** Beiträge zum Alkoholkonsum der arbeitenden Klassen. Der Alkoholismus 1905. Heft 1.

21. **Grotjahn,** Soziale Hygiene und Entartungsproblem. Sonderabdruck aus dem Handbuch der Hygiene. Jena 1904.

22. **Scheven,** Der Kampf gegen den Alkoholismus, eine soziale Aufgabe der Frau. Die Alkoholfrage. Heft 3.

23. **J. Kassowitz,** Abstinenz und Bourgeoisie. Internationale Monatsschrift zur Erforschung des Alkoholismus. April 1905.

24. **Schmidt,** Kellners Weh und Wohl. 6. Auflage. Berlin bei Warneck.

25. **Bonne,** Über den Trinkzwang beim Broterwerb. 4. Auflage. Flensburg.

26. **Orel,** Alkoholismus und soziale Frage. Innsbruck. 20 Heller.

27. **Flade,** Was erhoffen wir von unserer Armee? Der Alkoholismus. 1905. Heft 2.

Laquer (17) hat beim Studium der Alhokolfrage in den Vereinigten Staaten eine Fülle von Eindrücken gewonnen. Obschon der Alkoholverbrauch in Amerika in den letzten Jahren zugenommen hat, ist doch der in Deutschland so viel beliebte tagtäglich konsumierte „Schoppen“ in Amerika so gut wie unbekannt. Der amerikanische Arbeiter gibt durchschnittlich nur 2,3 % seines Einkommens für alkoholische Getränke aus.

In den amerikanischen Armenhäusern waren nach den Angaben Laquers (18) 42 % der Männer und 16½ % der Frauen trunksüchtig. Nach Nationalitäten geordnet steigt der Prozentsatz von den Deutschen über Skandinavier, Amerikaner, Engländer, Kanadier und Schotten hinauf bis zu den Irländern. Unter den Negern ist die Trinkgewohnheit anscheinend nicht stark, die Indianer trinken mehr, um sich zu berauschen, als zu geselligen Zwecken.

Das Verhältnis zwischen Trunksucht und Verbrechen stellt sich in Nordamerika so, daß bei 13 402 Verurteilten in 50 % Trunksucht oder Unmäßigkeit eine Verbrechensursache bildete.

Mombert (19) weist darauf hin, daß der Ernährungszustand eines Volkes mit seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit in engem Zusammenhang steht. Die Ernährungsverhältnisse der deutschen Arbeiterschaft halten den Vergleich mit England und Amerika nicht aus. In England und Amerika erhalten die Arbeiter höhere Löhne und pflegen anderseits während der Arbeit keinen Alkohol zu sich zu nehmen.

Marcuse (20) bespricht die Ergebnisse einer Enquete des badischen Fabrikinspektors Fuchs. Fuchs stellte bei den Industriearbeitern in 17 ländlichen, in der Nähe von Karlsruhe belegenen Gemeinden fest, daß im Haushaltungsbudget die Ausgaben für geistige Getränke sich auf 21,5 % oder mehr als ein Fünftel der Gesamtausgaben beliefen. Im Durchschnitt werden für Alkoholika 219 Mark ausgegeben. Davon bildet den Hauptanteil das Bier mit 147 M., dann folgt der Wein (Obstwein oder leichter Traubenwein) mit 65 M. und in letzter Linie der Branntwein mit 7 M.

Grotjahn (21) hält den gewohnheitsmäßigen unmäßigen Genuß geistiger Getränke für eine Hauptursache der körperlichen Entartung des Nachwuchses von im übrigen rüstigen Individuen, glaubt aber nicht, daß die im Rauschzustande erzeugten Kinder minderwertig sind.

Mit Entschiedenheit vertritt Scheven (22) die Ansicht, daß die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse der Menschheit der sichtbar gewordene Ausdruck des intellektuellen und sittlichen Niveaus sind. Wer jene bessern will, muß dieses steigern. In diesem Sinne ist der Kampf gegen den Alkoholismus eine „Erziehungs“frage, zu deren Lösung die Frauen als die Erzieherinnen der heranwachsenden Generation hervorragend berufen sind.

Das Thema „Alkoholfrage und Arbeiterfrage“, über welches so viel geschrieben ist, beleuchtet Julie Kassowitz (23) auch einmal von anderer Seite. In Österreich ist die Abstinenzbewegung fast ausschließlich proletarischer Natur. Deswegen erscheint es jedoch nicht angezeigt, die Wichtigkeit der Abstinenz als Waffe im Klassenkampfe als ausschlaggebend hinzustellen, denn auch die Bourgeoisie leidet schwer unter der verheerenden Wirkung des Alkoholismus.

Schmidt (24) hat das Kellnerelend in seinen verschiedenen Formen aus eigener Anschauung kennen gelernt. Ungefähr 25 % aller Kellner erliegen in jungen Jahren den Überanstrengungen des Berufs oder den Folgen eines leichtsinnigen Lebenswandels. Tuberkulose und Syphilis sind sehr verbreitet. Den vielfachen Gefahren seines Berufes kann der Kellner nur entgegenwirken durch strenges Meiden aller schädlichen Genüsse, namentlich auch des übermäßigen Trinkens.

Bonne (25) behandelt einen sehr wunden Punkt in unserem Volksleben. Nicht nur Verkäufer und Vertreter von alkoholischen Getränken müssen unter den jetzigen Verhältnissen durch eigenes Trinken um die Gunst des kaufenden Wirtes werben, sondern auch Verkäufer und Vertreter aller möglichen Firmen: Fabrikanten von Bierseideln und Bierfilzen, Restaurationsmöbeln und Gartenstühlen, Bierhähnen und Bierdruckpumpen, Korken, Zigaretten und Zigarren. Dem Wirt ergeht es meist nicht besser wie seinen Opfern: auch er muß des Erwerbes wegen am Trinken seiner Gäste sich tüchtig beteiligen. In Hamburg holen auch die Fuhrleute Waren und Aufträge in Schankwirtschaften ab und sind so gleichfalls zu vielem Trinken genötigt.

Unser Volk und besonders die leitenden Kreise müssen durchdrungen werden von der Überzeugung: das Wirtsgewerbe ist nur insofern geduldet, als es den Bedürfnissen nach gesunden Speisen und Getränken nachkommt, aber es wird zum „unsittlichen“ Gewerbe, wenn es aus der Notlage, den Schwächen und Fehlern seiner Mitmenschen Nutzen zieht.

Orel (26) gibt in populärer Form im wesentlichen nur die Ausführungen Bunges über den Nutzen der Abstinenz für die Volkswohlfahrt wieder.

Flade (27) bespricht die Wichtigkeit der Alkoholfrage für Offiziere und Soldaten. Zwar wurden in der deutschen

Armee und Marine 1903 nur 339 Bestrafungen wegen Vergehen unter Alkoholeinfluß gezählt und im ganzen nur 16 Fälle von Trunkenheit im Dienst festgestellt. Jedoch muß die Entartung der Bevölkerung durch den Alkoholmißbrauch zu den ernstesten Besorgnissen für die Zukunft unserer Wehrfähigkeit Anlaß geben. Der Verfasser erhofft besonders viel von dem eigenen Beispiel der Mäßigkeit oder Enthaltsamkeit der Offiziere, außerdem von den Kursen für jüngere Offiziere, von den Instruktionsstunden, von der Verbreitung antialkoholischer Schriften, dem Verbot des Branntweins in den Kantinen, der Bereitstellung billiger alkoholfreier Getränke.

IV. Alkohol und Schule.

28. **Brandeis**, Beiträge zur Erziehungshygiene. Prag, bei G. Neugebauer. 80 Heller.

Die Schrift von Brandeis (28) bringt in erweiterter Form die beiden von dem Verfasser auf dem internationalen Kongreß für Schulhygiene in Nürnberg gehaltenen Vorträge:

1. Ursachen und Bekämpfung der nervösen Erscheinungen unserer Schuljugend.
2. Organische Nährelemente und Widerstandskraft.

In beiden Vorträgen vertritt Brandeis den Standpunkt, daß die heutige Schule die Tätigkeit des Hygienikers und hygienisch geschulten Arztes nicht mehr entbehren kann. Was die Alkoholfrage anlangt, so fordert Brandeis, daß der Alkoholgenuß bis zum 14. Lebensjahr untersagt, die Ausschankbestimmungen verschärft, während der gewerblichen Arbeit der Alkoholgenuß nicht geduldet wird.

V. Alkohol und Unfall.

29. Alkohol und Unfall. Mäßigkeitsblätter. April 1905.

30. **de Terra**, Alkohol und Verkehrswesen. Vortrag in den wissenschaftlichen Kursen zum Studium des Alkoholismus. April 1905.

Über die Beziehungen zwischen Alkohol und Unfall (29) bringen die Mäßigkeitsblätter in ihrer Aprilnummer nach den Amtlichen Nachrichten des Reichsversicherungsamts für 1904, Beiheft 1, einen neuen Beleg. Die Statistik des Reichsversicherungsamts für 1901 bestätigt aufs neue, daß die größte Unfallhäufigkeit auf den Montag und nächstdem auf den Sonnabend fällt. Ist jedoch die Häufigkeit der Unfälle am Montag auf Rechnung des am Sonntag im Übermaß genossenen Alkohols zu setzen, so sollte man die meisten Unfälle für die ersten Arbeitsstunden von 6—9 Uhr morgens erwarten. In Wirklichkeit aber kamen 1901 prozentisch am Montag in den Vormittagsstunden von 9—12 ungefähr doppelt so viel Unfälle vor als von 6—9 (2,62 : 1,25).

Dagegen zeigt die geographische Verteilung der Unfälle deutliche Beziehungen zum Alkoholkonsum. Die Zentren des Bier-, Wein- und Branntweinkonsums in Bayern, Rheinprovinz, Schlesien, Ostpreußen sind auch durch die Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft am meisten belastet.

de Terra (30) macht mit aller Schärfe auf die erhöhten Anforderungen aufmerksam, welche die zunehmende Dichtigkeit und Schnelligkeit des Verkehrs an die Nüchternheit des Betriebspersonals stellt. Auch die vollendetsten mechanischen Einrichtungen vermögen menschliche Fehlbarkeit bei ihrer Anwendung nicht auszuschließen. Klarheit des Denkens und Handelns werden aber durch nichts in so ausgedehntem Maße beeinträchtigt wie durch den Genuß alkoholischer Getränke. Die völlige Alkoholenthaltung ist daher von hohem Werte für die Verhütung von Unfällen, die menschlicher Fehlbarkeit entspringen.

VI. Alkohol und gerichtliche Medizin.

31. **Heilbronner**, Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Band V. Heft 6/8.

32. **Raecke**, Zur Abgrenzung des forensischen Alkoholparanoia. Archiv für Psych., Bd. 39, Heft 2.

33. **Kutner**, Zur Diagnostik des pathologischen Rausches. Deutsche med. Wochenschrift 1904, Nr. 29.

Heilbronner (31) bringt Fragen, welche für den ärztlichen Sachverständigen von hervorragender Wichtigkeit sind, der Lösung näher. Inwieweit werden die gerichtlich Angeschuldigten, welche bei Begehung ihrer Tat unter Einfluß des Alkohols standen, auf Grund des § 51 des Strafrechts straffrei?

Eigentlich ist jeder Rausch eine kurz dauernde Psychose, eine transitorische Bewußtseinsstörung. Der Ausdruck: „pathologischer“ Rausch ist, streng genommen, eine Contradictio in adjecto. Der sachverständige Arzt wird jedoch vor Gericht oft genug in die Lage kommen, das Vorhandensein eines pathologischen Rausches zu konstatieren und auf Grund seines Gutachtens die Straffreiheit zu befürworten. Bei Abgabe seines Gutachtens soll ihn weniger die Quantität und Qualität des genossenen Alkohols, als vielmehr die Veranlagung des Angeklagten bestimmen. Zeugenaussagen der Zechgesellschaft sind so gut wie wertlos. Eigene Versuche am Angeklagten zur Feststellung seiner Alkoholtoleranz sind wichtig. Jedoch darf nicht vergessen werden, daß längere Alkoholabstinenz auf die Toleranz schädigend einwirkt. Eine scharfe Scheidung zwischen epileptoiden Rauschzuständen, abortiven Formen des Delirium tremens und dem klassischen Bilde der gewöhnlichen „Trunkenheit“ zu geben, ist auch dem Verfasser nicht ganz gelungen. Dazu sind die individuellen Verschiedenheiten zu groß. Für den Sachverständigen bleibt im Falle des non liquet die Frage der Zurechnungsfähigkeit zunächst in suspenso. Und für den Richter gilt in diesem Falle der juristische Grundsatz: in dubio pro reo.

Heilbronner hat jedenfalls aus der reichen Fülle der alkoholischen Krankheitsbilder die wesentlichen mit charakteristischen Strichen gezeichnet und damit dem gerichtlichen Sachverständigen seine Aufgabe bedeutend erleichtert.

Räcke (32) ist wie Schröder (vgl. Nr. 7 dieses Berichts) der Ansicht, daß die paranoische Form der chronischen Alkoholvergiftung keineswegs geklärt ist. Unter dem Einfluß des Alkohols treten häufig Eifersuchtsideen auf, die sehr bald wieder verschwinden. Dem gegenüber kommt der Ausgang in Verblödung oder in chronische Paranoia relativ selten vor, doch ist gerade diese letztere Form der chronischen Alkoholparanoia besonders gemeingefährlich.

Kutner (33) will dem bisher noch recht schwankenden Krankheitsbilde des „pathologischen“ Rausches ein charakteristisches Kennzeichen hinzufügen: hochgradige Abschwächung bzw. vollständiges Fehlen der Sehnenreflexe. Da indessen seine fünf Patienten gleichzeitig an Epilepsie litten, so ist die ausschlaggebende Bedeutung dieses Symptoms keineswegs zweifelsfrei.

Innere Medizin.

The Pulse in Life Insurance.

By E. Franc Moril, Chicago.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins Experts de Compagnies d'Assurances 1905. Nr. 2, S. 121.)

Die Untersuchung des Pulses ist in der Zeit der verbesserten Technik und mannigfaltigen Instrumente als eine verlorene Kunst unter den meisten modernen Ärzten anzusehen und doch ist sie eins unserer wertvollsten diagnostischen Hilfsmittel.

Die Untersuchung findet am besten im Sprechzimmer des Arztes in ruhiger Umgebung statt, nicht nach einem starken Mahl, großer Anstrengung oder heftiger Erregung. Man untersucht am günstigsten vor der Auskultation der Brust unter Ablenkung der Aufmerksamkeit des Patienten also z. B. während er seine Familiengeschichte erzählt. Der Patient soll von engen Kleidungsstücken befreit sein, der Arm soll auf einem Tisch liegen mit halb proniertem Vorderarm. Zur Untersuchung ruhen die Finger des Arztes — erster, Mittel- und Ringfinger — mit leichtem und festem Druck auf der Radialarterie. Die zu untersuchenden Punkte sind: Zahl, Rythmus, Beschaffenheit der Getäßwand, Lage der Arterie, Spannung, Pulswelle. Vergleich des Pulses der einen Seite mit dem der anderen. Die Bedeutung der Veränderungen bei den einzelnen genannten Punkten ist bekannt. Einige praktische Bemerkungen für den Untersucher sind folgende:

Wenn ein schwacher Puls bei hängendem Arm beim Aufheben des Arms verschwindet, so deutet dies auf starke Anämie.

Wenn ein schwacher Puls beim Erheben des Arms unregelmäßig wird, kann man Mitralstenose vermuten.

Wenn der Puls klein und unregelmäßig, dabei aber sehr deutlich ist und diese Deutlichkeit beim Erheben des Armes stärker wird, so liegen Veränderungen sowohl an der Mitralis als am Aortenostium vor.

Wenn ein voller Puls beim Erheben des Arms die Zeichen des Hammerpulses annimmt, dann findet man Aorteninsuffizienz mit Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels.

J. Meyer, Lübeck.

The Indications of an Intermittent or an Irregular Pulse in Relation to Life Examination.

By A. B. Hirsch, Philadelphia.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins Experts de Compagnies d'Assurances 1905, Nr. 2, S. 117.)

Ein unregelmäßiger und ein intermitierender Puls sind Zustände, welche nur graduell verschieden sind. Sie können beide bei vollkommen gesundem Herzen vorkommen. In einigen Familien bildet dieser Zustand eine konstitutionelle Eigentümlichkeit. Im reiferen Alter findet man häufig Unregelmäßigkeit, ebenso nach Mißbrauch von Kaffee, Tee oder Tabak. Man muß sorgfältig unterscheiden zwischen Unregelmäßigkeit im Rhythmus und Unregelmäßigkeit im Volumen. Ein rascher unregelmäßiger Puls, verbunden mit starker Herztätigkeit, deutet auf Veränderungen an der Mitralis. Häufig tritt die Unregelmäßigkeit dann erst stärker in die Erscheinung, wenn man den Arm bis zur Horizontalen erhebt. Nur wenn die Unregelmäßigkeit des Pulses die einzige Veränderung darstellt, ist sie meist als unbedenklich anzusehen.

J. Meyer-Lübeck.

Die Arteriosklerose und ihre Bedeutung für die Lebensversicherung.

Von Dr. med. P. Grosse, Leipzig.

(Bulletin de l'Association internationale des Médecins Experts de Compagnies d'Assurances, 1905, No. 2, S. 107.)

Unter Arteriosklerose im weitesten Sinne verstehen wir alle diejenigen Veränderungen der Arterien, die zu einer Verdickung der Wand, besonders der inneren Haut (Intima) führen, in deren Entwicklung degenerative Zustände (fettige Entartung mit ihren Folgen) Sklerosierung und Verkalkung auftreten. Die Arteriosklerose stellt anatomisch eine Ernährungsstörung der Gefäßwand dar infolge von Abnützung durch zu starke Inanspruchnahme. Diese kann sehr verschiedenartig sein, zu starke körperliche Anstrengung, nervöse und psychische Störungen und Affekte, klimatische Einflüsse, gewisse Genußmittel, Alkohol, Tabak, Tee und Kaffee. In den meisten Fällen wirkt indessen nicht eine einzelne Schädlichkeit auf die Gefäße ein, sondern eine Summe von Anforderungen, die an die Arterien gestellt werden, führt zu ihrer Erkrankung. Nicht außer acht zu lassen sind ferner Heredität und bestimmte Krankheiten, wie die chronische Bleivergiftung, Gicht, manche Formen von Rheumatismus, Diabetes und verschiedene Infektionskrankheiten, wie Syphilis, Tuberkulose und Malaria. In letzter Stelle ist noch das Alter als Ursache der Arteriosklerose zu nennen, freilich nicht ganz mit Recht, denn man beobachtet häufig hochbetagte Leute, welche ganz gesunde Arterien haben. Die Arteriosklerose ist eben keine Alterskrankheit, sondern eine Abnützungskrankheit, und jeder bekommt seine Arteriosklerose in dem Gefäßgebiet, daß er am meisten angestrengt hat.

Bei der Beurteilung des Risikos eines mit Arteriosklerose behafteten ist für den untersuchenden Arzt scharf die Lokalisation der Erkrankung zu berücksichtigen. Abgesehen von der Beteiligung der Nieren, die das Bild der Schrumpfniere bildet und natürlich stets ganz ungünstig zu beurteilen ist, lassen sich unterscheiden die Fälle mit ausschließlicher Erkrankung der peripheren Arterien, die Gehirn- und die Herzfälle.

Die Arteriosklerose der peripheren Arterien kommt für die Lebensversicherung wenig in Betracht, weil sie bei den besser situierten Kreisen hauptsächlich nur bei alten Leuten vorkommt, die sich nicht mehr zur Versicherung melden. Ist sie vorhanden, so sind die Antragsteller aufnahmefähig mit entsprechender Abkürzung, wenn sie keine schwere körperliche Arbeit verrichten müssen, weder Sport, noch Alkohol- oder Tabakmißbrauch treiben und im übrigen gesund sind.

Von außerordentlicher Wichtigkeit sind die arteriosklerotischen Erkrankungen des Gehirns und des Herzens. Die scheinbar neurasthenischen Symptome der an Arteriosklerose des Gehirns erkrankten Personen werden oft nicht rechtzeitig erkannt und richtig gewürdigt.

Am sichersten der Untersuchung zugängig sind die Fälle von Arteriosklerose des Herzens und der Brustaorta. Im ersten Falle finden wir alle Erscheinungen der Herzschwäche im großen und kleinen Kreislauf und als Sicherung der anfangs oft schwierigen Diagnose die Angina pectoris und das Asthma cardiale, im zweiten Falle scharfe Akzentuation und einen klingenden Charakter des zweiten Aortentons. Oft betrifft dieser Zustand Leute von scheinbar blühendem Gesundheitszustande in den besten Jahren. Fälle von arteriosklerotischer Erkrankung der Nieren, des Herzens, der Brustaorta und des Gehirns sind unbedingt zurückzuweisen. Zwar können sie jahrzehntelang bestehen, ohne das Leben direkt zu bedrohen, die Wahrscheinlichkeit spricht indessen für den Eintritt eines baldigen, jähen Todes.

J. Meyer, Lübeck.

Observations sur la Syphilis.

Recherches statistiques de la Compagnie d'Assurance sur la vie „Le Danemark", Recueillies par Tinan Salomonsen.

(Bulletin de l'Association internationale des Medicins-Experts de Compagnies d'Assurances, 1905, Nr. 2, S. 94.)

Um festzustellen, ob die von ihm beratene Lebensversicherungsgesellschaft Verluste erlitten hat und erleiden wird durch die Aufnahme von Syphilitischen, weil die wirkliche Sterblichkeit der Syphilitischen größer wäre als die erwartete, hat Verf. aus dem Material der Gesellschaft eine Anzahl von Tabellen aufgestellt. Die erste Tabelle enthält Personen, welche vor Abschluß der Versicherung Syphilis gehabt haben und an einer syphilitischen Krankheit gestorben sind, die zweite Tabelle solche, welche Syphilis gehabt haben, aber an einer nicht syphilitischen Krankheit gestorben sind, die dritte endlich solche, welche erst nach Abschluß der Versicherung sich infiziert haben und an einer syphilitischen oder parasyphilitischen Krankheit gestorben sind. Die Vorsichtsmaßregeln, welche die Gesellschaft gegen etwaige Verluste durch die Syphilitischen getroffen hatte,

waren ohne Erfolg. Die Sterblichkeit, welche auf 9,46 berechnet war, betrug in Wirklichkeit 17. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß Syphilitische als gefährliche Risiken anzusehen sind. Indessen ist die Statistik über die Syphilis noch lange nicht vollständig genug. Der Unterschied zwischen energisch behandelter Syphilis und solcher, die nicht oder schlecht behandelt ist, tritt nicht deutlich genug in die Erscheinung, obwohl behandelte und nicht behandelte Syphilis als zwei ganz verschiedene Krankheiten anzusehen sind. Je längere Zeit seit der Infektion verflossen ist, desto größer wird die Wahrscheinlichkeit der parasyphilitischen Krankheiten. Deshalb kann man für energisch behandelte Syphilitische eine abgekürzte Versicherung nicht zu lange nach der Infektion empfehlen.

J. Meyer, Lübeck.

Cytorhyctes luis Siegel.

Von Fr. Eilhard Schulze.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 653.)

Die von Siegel bei Pocken, Maul- und Klauenseuche, Scharlach und Syphilis aufgefundenen Parasiten sind außerordentlich klein und so beweglich, daß ihre Beobachtung nur bei Vergrößerung über 1000 und hellster Beleuchtung gelingt. Sie sind auf Affen, Kaninchen, Meerschweinchen verimpfbar. Am besten lassen sie sich bei ausreichend stark syphilitisch infizierten Affen oder Kaninchen drei Wochen nach der Impfung, zur Zeit der ersten exanthematischen Erscheinungen im Parenchymsaft der Niere studieren. Man findet dann Formen von $^1/_2$ bis 2 μ Größe, stark lichtbrechend und ungemein beweglich. An den größten läßt sich eine seitlich abgeplattete birnförmige Gestalt unterscheiden, deren dünneres Ende eine sehr feine, geschlängelte Geißel trägt. Zuweilen sieht man auch am andern Körperende eine solche. An gefärbten Präparaten — Schnittpräparaten fixierter Gewebe von menschlichen harten Schankern sind 2 bis 16 kuglige Kerne zu erkennen.

Die Originalmitteilung Siegels mit Abbildungen ist in den Abhandlungen der Kgl. Preuß. Akademie der Wissenschaften 1905 erschienen.

Ktg.

Tödlich verlaufener Pockenfall.

Von Dr. C. Davidsohn, Assistent am pathologischen Institut. Nach einem am 1. Februar 1905 in der Berliner med. Gesellschaft gehaltenen Vortrage.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905. Nr. 21, S. 635.)

Der Fall betraf einen geborenen Belgier von 36 Jahren. Seit der Kindheit nicht revacciniert, hatte er sich in Rußland infiziert, war auf der Heimreise in Berlin krank liegen geblieben und am zwölften Krankheitstage dem stürmisch verlaufenen Leiden erlegen. Die Sektion bot außer einer auf der Haut und Mundschleimhaut intensiven Pockeneruption, bei der auch die sogenannten Pockenparasiten Cytorhyctes variolae Guarnieri nicht fehlten, einige Besonderheiten. Die Schleimhaut der Luftröhre und Bronchien zeigte dicht nebeneinanderstehende kleine Geschwüre in enormer Verbreitung, aber ohne Formähnlichkeit mit Pocken. Der größere Teil der Magenschleimhaut war in eine Geschwürsfläche verwandelt, die sich von der bei Dysenterie oder Diphtherie im Dickdarm beobachteten nicht unterschied. Bis in die Muskulatur reichte diese Eiterzone. In den Lungen hämorrhagische, bronchopneumonische Herde. In den Nierenbecken und Nebennieren ausgedehnte Blutungen. Im linken Hoden zahlreiche interstitielle Herde, aus Rund- und Eiterzellen wie Detritus bestehend; auch die Hodenkanälchen mit Eiter gefüllt, neben dem vielfach Gebilde gefunden wurden, die dem erwähnten Pockenparasiten sehr ähnlich waren. Der Magen- und Nierenbefund ist in vorliegender Form bei Variola noch nicht beschrieben worden.

Ktg.

Tödliche Infektion durch den Bacillus aureus foetidus, nov. spec.

Von Prof. Dr. Herzog-Manila.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. Bd. 49, Heft 3.)

Herzog hatte in Manila die Leiche eines 40 jährigen Mannes zu untersuchen, über dessen Krankengeschichte nichts genaues bekannt war. Es bestand ein vernachlässigtes Geschwür in der Kniekehle und vergrößerte Lymphdrüsen in der Inguinalgegend. Die Untersuchung auf Pestbazillen fiel negativ aus. Dagegen fanden sich in der Leber, den Nieren und den vergrößerten Lymphdrüsen kurze Stäbchen, die in der Kultur ein goldgelbes Pigment bildeten. Herzog beschreibt sie genauer und benennt sie „Bacillus aureus foetidus“. Ein Affe und ein großes Kaninchen, die damit geimpft wurden, zeigten nur vorübergehende Temperatursteigerung. Herzog hält den Bazillus aber doch für die Todesursache. Vielleicht sei der an sich nicht sehr gefährliche Bazillus bei längerer Wucherung in dem vernachlässigten Geschwür giftiger geworden.

Lehfeldt.

Pyämie nach Verschlucken einer Nähnadel.

Von Dr K. Graupner, Breslau.

(Allgemein. Medizin. Zentralzeitung, Febr. 1905, S. 121.)

41jähriger Mann kommt mit schweren Lungenerscheinungen, welche auf eine Embolie mit unbekanntem Ausgang schließen lassen, ins Krankenhaus und stirbt bald nach der Aufnahme. Bei der Sektion findet sich die ganze linke Vena jugularis communis und die Vena anonyma sinistra mit zum Teil eitrig zerfallenen Thrombenmassen gefüllt. Aus diesen Massen ragt in der Vena anonyma eine schwärzlich gefärbte Nähnadel mit dem oberen Drittel, an dem sich das Öhr befindet, heraus. Aus der durch die Angehörigen eingeholten Anamnese ergibt sich, daß Patient vor ca. zehn Tagen beim Genuß einer Wurst plötzlich Schmerzen im Halse verspürte. Eine laryngoskopische Untersuchung ergab keinen Befund. Er arbeitete dann noch vier Tage weiter, bis sich plötzlich heftige Atemnot einstellte. Die Eingangspforte ließ sich auch bei der Sektion nicht feststellen, doch zeigte sich ein Gang, welcher von der Vene durch die Halsmuskulatur an die seitliche Ösophaguswand führte, so daß anzunehmen ist, daß die Nadel von hier aus eingedrungen ist.

J. Meyer-Lübeck.

Neurologie und Psychiatrie.

Einiges über anormale Bewußtseinszustände und die Psychopathologie der Aussage im Anschluß an ein militärgerichtlicherseits eingeholtes Gutachten.

Von Kötscher.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Ein Soldat läßt sich verschiedene schwere Insubordinationsvergehen zu Schulden kommen. Trotzdem Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit bestehen und sein Hauptmann ihn direkt als geistig beschränkt erklärt, wird er bestraft, weil er einem Sergeanten gegenüber, der ihm bald nach dem Geschehnis Vorhaltungen machte, mit „Jawohl“ antwortet und in diesem Jawohl ein bewußtes Eingeständnis seiner Schuld gesehen wird. Wie die spätere Untersuchung zeigt, war der Angeklagte jedoch schon zur Zeit der inkriminierten Handlung geisteskrank und das verhängnisvolle Jawohl wurde von dem schwachsinnigen Menschen durchaus nicht auf Grund irgend einer Überlegung, sondern aus der militärisch angedrillten Gewohnheit ganz mechanisch abgegeben. Im Anschluß an dieses Vorkommnis bespricht R. im allgemeinen kurz die Psychologie und Pathologie der Aussage, insbesondere die drei Elementarfaktoren einer jeden Aussage: das Auffassungsvermögen, die Merkfähigkeit und das Reproduktionsvermögen.

Hoppe-Uchtspringe.

Erinnerungstreue in der Aussage.

Von v. Teubern.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 1/2.)

v. Teubern bespricht zunächst die Stern'schen Experimentaluntersuchungen über die Erinnerungstreue, deren Resultat möglicherweise insbesondere bei Juristen eine pessimistische Stimmung erwecke. In der Praxis liegen jedoch die Verhältnisse derart, daß Mängel der Erinnerung erkannt und auch beseitigt werden können, da sich mehrere Aussagen gegenseitig oft ergänzen und durch lokale Beziehungen die Erinnerungen oft erweckt werden, und da ferner auch die Aussagen noch mit andern Beweisergebnissen verglichen werden können. Das Verdienst der Stern'schen Ausführungen liege hauptsächlich darin, daß sie eindringlich in Erinnerung bringen, daß die Bewertung der Erinnerungen sorgfältig erfolgen muß, was unter Umständen keine leichte Aufgabe ist. Als Hilfsmittel hierzu wird eine psychologische Ausbildung von großem Wert sein.

Hoppe-Uchtspringe.

Welche medizinischen Gesichtspunkte sprechen für die Einführung einer bedingten Strafaussetzung und Begnadigung?

Von Prof. Dr. A. Cramer-Göttingen.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrecht reform I, Heft 6/7).

1. Der Gesichtspunkt, daß dadurch Zeit gewonnen wird zur Beurteilung eines medizinisch nicht ganz klaren Falles.

2. Daß durch die bedingte Strafaussetzung und Begnadigung erzieherischer Einfluß geübt wird, die nötigen Hemmungen eingeschaltet werden.

Was die erste der beiden Antworten auf die im Titel ausgedrückte Frage betrifft, so gibt es Psychosen, die so langsam beginnen, daß auch die sechswöchentliche Beobachtungszeit in einer Irrenanstalt (die nach mehreren Reichsgerichtsentscheidungen nicht überschritten werden darf) nicht dazu genügt, daß die Diagnose der Geisteskrankheit gestellt werden kann, obwohl der Konflikt mit dem Strafgesetzbuch das erste auffällige Signal der Krankheit ist. Der Gutachter kann u. a. für sich zu der Überzeugung kommen, daß hier wohl eine Krankheit vorliegt, ist aber zurzeit doch außerstande, sie nachzuweisen. Im Besonderen gilt das von der arteriosklerotischen Atrophie und präsenilen Seelenstörungen. In einem Falle ersterer aus Cramers Beobachtung hatte sich bei einem Beamten die beginnende Hirnveränderung zuerst in ethischem Defekt — Schamlosigkeit und Veruntreuung — gezeigt. Freisprechung erfolgte im Wiederaufnahmeverfahren nach inzwischen manifest gewordener Demenz und teilweise abgebüßter Strafe.

„Für bestimmte Fälle seniler Geistesstörung ist die Unzucht mit Kindern fast ein klinisches Symptom. Ähnliches kommt gelegentlich bei Paralyse und bei Epilepsie vor.“ In außerordentlich seltenen Fällen kann es vorkommen, daß Paranoïker außerordentlich geschickt dissimulieren um lieber zeitlich ins Gefängnis, als unabsehbar ins Irrenhaus zu kommen. Untersuchung des Geisteszustandes hält Cramer bei jugendlichen Verbrechern für eine generelle Notwendigkeit. Die beginnende Pubertätspsychose wird oft verkannt. Unter den vom Verf. gesammelten Fällen waren die zur Freisprechung gelangten, begutachteten, jugendlichen Angeklagten 17 oder 18 Jahre alt. Bei diesen, etwas älteren, war die Krankhaftigkeit schon deutlich; jüngere mögen öfter verurteilt werden, zu Unrecht. Daß eine langsam einsetzende Krankheit die ethischen Vorstellungen früher als die intellektuellen schädigt, ist die Regel.

Was die zweite Antwort betrifft (s. o.), so denkt Verfasser namentlich an Grenzzustände, ganz leicht Schwachsinnige, gewisse haltlose, aber nicht eigentlich unmoralische Dégénérés, manche Hysterische. Für manche Individuen aus dieser Gruppe ist die Strafhaft zudem gefährlich. P. Bernhardt-Dalldorf.

Zusammenstellung des Ergebnisses der Verhandlungen gegen gemindert Zurechnungsfähige.

Von Becker.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

In einem Vierteljahr kamen bei der Strafkammer (Dresden) auf 550 verhandelte Sachen nur acht derartige Vorgänge = 1,44 %, beim Schwurgericht bei 29 Verhandlungen vier = 13,4 %.

Hoppe-Uchtspringe.

Geisteskranke und Verbrecher im Strafvollzug.

Von Döllken.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Im Strafvollzug befinden sich 2—7 % Geisteskranke. Auffallend ist die große Zahl von geistig Defekten jeden Grades. Von ihnen gehören diejenigen, welche keine moralischen Begriffe haben, nicht in den Strafvollzug. Die Schwachsinnigen bedürfen besonderer ärztlicher Fürsorge, sie neigen sehr zu Neurosen und Psychosen von besonderer Färbung auf dem Boden ihres Defekts. Ein nur kleiner Teil der Defekten wird heute im Strafverfahren richtig erkannt und beurteilt. Schmerzenskinder des Strafvollzugs sind auch die minderwertigen, die zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit stehen: die Belasteten, die Psychopathen, Neurotiker, die durch chronische Vergiftungen, Verletzungen oder Infektionskrankheiten Geschwächten usw. Solche Individuen fordern nicht nur einen andern quantitativen, sondern auch einen qualitativ geänderten Strafvollzug und zwar hauptsächlich: Abschaffung der kurzzeitigen Freiheitsstrafen, größere Ausdehnung der Fürsorgeerziehung, Arbeitskolonien, Anstalten, welche zwischen Arbeitsanstalt und Gefängnis stehen. Noch ist viel Arbeit zu leisten, um positive Unterlagen für unsere Reformbestrebungen zu schaffen. Hoppe-Uchtspringe.

Über Alkoholismus und Delikte wider die Sittlichkeit.

Von Stegmann.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 3.)

Für eine große Zahl von Delikten gegen die Sittlichkeit (§ 171—184) gibt der Trunk ein wichtiges ätiologisches Moment ab. Während aber bei den auf Verkehrung des Geschlechtstriebes beruhenden Delikten der Alkoholismus kaum mehr als eine Gelegenheitsursache bildet, wachsen auf seinem Boden mit Vorliebe solche Straftaten, welche mit einer Steigerung oder Herabsetzung der Geschlechtsfunktion erklärt werden müssen. In erster Linie begünstigt er die gewaltsamen und betrügerischen Handlungen, gegen welche sich die §§ 176 bis 179 richten, ferner gehören hierher die als Incest und als Mißbrauch der Autorität charakterisierten Handlungen, von denen die §§ 173, 174 handeln. Eine Herabsetzung sexueller Leistungsfähigkeit liegt hingegen einer großen Zahl der in § 183 bedrohten Vergehen zugrunde. Hoppe-Uchtspringe.

Ein interessanter Entmündigungsfall.

Von Weber.

(Allgem. Zeitschr. f. Psych., Bd. 62, Heft 3.)

Bei einem 60jährigen, hohen Beamten N., der schon vor 19 Jahren etwa ein Jahr lang wegen schwerer Hypochondrie in psychiatrischer Behandlung stand, entwickelt sich aus einem halluzinatorischen Irresein allmählich ein paranoïsches Krankheitsbild heraus. Die krankhaften Vorstellungen bilden ein vollständig geschlossenes System, das einer objektiven Beurteilung nicht zugänglich erscheint. Seine Wahnideen — er bildete sich ein, er wandele sich allmählich zum Weibe, aus ihm würden durch unmittelbare Befruchtung Gottes neue Menschen hervor-

gehen, usw. — sind mit bemerkenswerter Schärfe entwickelt und motiviert. N. wurde gemäß § 6 d. B. G. für geisteskrank erklärt und entmündigt. Die Anfechtungsklage gegen den Entmündigungsbeschluß wurde zunächst zurückgewiesen, schließlich aber für begründet erachtet und der Entmündigungsbeschluß aufgehoben. Nach dem Berufungsurteil ist die positive Feststellung erforderlich, daß der Betreffende durch die geistige Erkrankung an der Besorgung aller seiner Angelegenheiten nach Art eines Kindes behindert sei. W. hält ebenso wie die in der Diskussion sich äußernden Herren Becker, Ganser, Weltz, diese Feststellung für sehr schwer und das Verlangen, daß der Betreffende alle seine Angelegenheiten nicht besorgen könne, für sehr bedenklich. Hoppe-Uchtspringe.

Geistesschwäche als Entmündigungsgrund.

Von Landauer.

(Deutsche Jurist.-Ztg. 1904, Nr. 22.)

Nach herrschender Meinung soll die Geistesschwäche ein leichterer Grad von Geisteskrankheit sein, so daß das B. G. B. mit Aufstellung zweier verschiedener Entmündigungsfälle: der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und der Entmündigung wegen Geistesschwäche, zwischen Geisteskrankheit im engern Sinne und Geisteskrankheit im weitern Sinne unterschieden hätte. Die Auffassung jedoch, Geistesschwäche sei ein leichterer Grad von Geisteskrankheit, der sich von dieser nur durch die Rechtsfolgen für die Handlungsfähigkeit unterscheide, ist nach dem B. G. B. durchaus nicht gerechtfertigt. Das neue bürgerliche Recht läßt eine Vorwegnahme der rechtlichen Folgen ohne vorgängige begriffliche Feststellung des Vorhandenseins von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche nicht zu. Geistesschwäche ist vielmehr ein nach Lebenserfahrung und ärztlicher Wissenschaft zu bestimmender Zustand geistigen Gebrechens, der entweder angeboren ist oder durch Alter, Geisteskrankheit oder andere schädigende Einflüsse (z. B. Traumen, Alkoholismus usw.) erworben sein kann. Hoppe-Uchtspringe.

[Diese Auffassung ist u. E. für den psychiatrischen Gutachter ganz unverwertbar. Wer in der Praxis steht, kann sich mit einer Theorie nicht einverstanden erklären, derzufolge der tiefstehende Idiot größere bürgerliche Rechte behalten muß als z. B. ein in mäßigem Grade zirkulär Kranker ohne Verstandesdefekt. Red.]

Geisteszustand Taubstummer.

Von Kornfeld.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

Die Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen, von denen ja gesetzlich die volle Entwicklung des moralischen Sinnes auch im strafmündigen Alter vorausgesetzt wird, wird in den Lehrbüchern recht stiefmütterlich behandelt. Ein jeder Beitrag, um diese Frage weiter zu klären, ist deshalb sehr willkommen. K. berichtet über eine polizeilich vielfach vorbestrafte, dem Trunke und der gewerbsmäßigen Unzucht ergebene Taubstumme, die sich jetzt der Kindesentführung schuldig gemacht hat. Das Gutachten lautet dahin, daß die Angeschuldigte nicht geisteskrank und bei Begehung der angeschuldigten Taten nicht zurechnungsunfähig (§ 51) ist und daß 2., obwohl sie minderwertig ist, doch die geistigen Fähigkeiten genügend entwickelt sind, um das Strafbare ihrer Handlungen erkennen zu lassen. Hoppe-Uchtspringe.

Simulation von Geistesstörungen.

Von Bischoff.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2, 3.)

Zwei Arten der Simulation müssen von vornherein scharf getrennt werden, 1. die Vortäuschung bestehender Geisteskrankheit und 2. die Vortäuschung von Sinnesverwirrung in der Vergangenheit, zumeist zur Zeit des Deliktes. Jeder Mensch hat mehr oder weniger die Fähigkeit, sich zu verstellen und weiß, daß ihm die Vortäuschung geistiger Krankheit eventuell zum Vorteil gereichen kann. Die Moralität eines jeden Menschen ist nun mehr oder weniger begrenzt, so daß unter Umständen durch wichtige Eindrücke die unmoralische Handlung der Simulation zum Zwecke des Selbstschutzes hervorgerufen werden kann. Krankhafte Zustände des Gehirns, insbesondere die reizbare Schwäche, die Hysterie und der Schwachsinn beeinträchtigen oft die Moralität und steigern damit die Neigung zur Simulation; geistige Störungen aber, welche mit Verwirrtheit oder Intelligenzschwäche einhergehen, machen die Simulation unmöglich. Die äußere Ursache der Simulation ist regelmäßig das Einwirken eines die Persönlichkeit beeinträchtigenden Umstandes, z. B. einer gerichtlichen Verfolgung, eines Unfalls. Simuliert werden fast alle Formen einer geistigen Störung, aber nur sehr selten wird eine Psychose naturgetreu mit allen typischen Symptomen nachgeahmt, weil in der Regel die nötige Sachkenntnis fehlt und die konsequente Durchführung der Simulation meist auf unüberwindliche Schwierigkeiten stößt.

In den letzten Jahren häufen sich in auffälliger Weise die Fälle von Simulation der progressiven Paralyse. Der Grund hierfür liegt wohl darin, daß jetzt schon weitere Kreise mit diesem Krankheitsbild bekannt geworden sind und die psychischen Symptome der einfachen dementen Form und auch die ataktischen Bewegungsstörungen verhältnismäßig leicht nachgeahmt werden können. B. berichtet über einen vielfach bestraften Menschen, der sich vor vier Jahren bereits in der Irrenabteilung eines Strafgefängnisses befand, von wo er wegen Gemeingefährlichkeit in Erregungszuständen bei langsam fortschreitender Paralyse einer Irrenanstalt überwiesen wurde, auch hatte er sich als Soldat anscheinend die Syphilis zugezogen. Den Beweis für Simulation erblickt B. darin, daß sich in seinem Verhalten eine Menge von Widersprüchen zeigt, während „die für Paralyse allein charakteristischen Symptome“: Sprechstörung in Form von Silbenstolpern und Intelligenzdefekt fehlen. Die Ungleichheit der Kniescheibensehnenreflexe, sowie die vorhandene Pupillenstarre werden auf die wahrscheinlich überstandene Hirnlues zurückgeführt, auch erscheine ein Stationärbleiben der Paralyse seit mehr als vier Jahren nicht wahrscheinlich (?).

Hoppe-Uchtspringe.

Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten.

Von Nerlich.

(Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 62, Heft 1, 2.)

Ein vielfach bestrafter Morphinist, der in vergangenen Zeiten anscheinend infolge von Morphiumabstinenz Sinnestäuschungen und Tobsuchtsanfälle gehabt hat, wurde, aller Wahrscheinlichkeit nach, früher einmal wegen eines eingeklemmten Nabelbruches operiert. Die bei der Behandlung dieses Bruches gemachten Erfahrungen macht er sich nun zu Nutze und täuscht absichtlich Schmerzanfälle und Erbrechen vor, einmal um Morphium zu erhalten und Mitleid zu erregen, sodann aber auch um dem Strafvollzug zu entgehen und der Vorteile der Krankenhausbehandlung teilhaftig zu werden. Hoppe-Uchtspringe.

Errichtung von Testamenten seitens Kranker.

Von Weltz.

(Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 62, Heft 1/2.)

Nach Ausscheidung der außerordentlichen Testamente bleiben das richterliche bzw. notarielle, sowie das außergerichtliche Privattestament. Letzteres hat Bedenken, auch schon wenn es von Gesunden errichtet wird. Ca. 90 % der außergerichtlichen

Privattestamente haben den Erfolg nicht erreicht. Wer wegen Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Trunksucht oder Verschwendung entmündigt ist, kann nicht testieren, der Geisteskranke auch nicht in lichten Zwischenräumen. Die Unfähigkeit, ein Testament zu errichten, tritt schon mit Stellung des Antrages auf Entmündigung ein. Personen, die nach § 1910 des B.G.B. unter Pflegschaft stehen, sind dadurch an der Testamentserrichtung nicht behindert. Der Hergang bei der Errichtung von gerichtlichen Testamenten besteht in der Erklärung oder Übergabe des letzten Willens und Aufnahme und Abschluß des Protokolls darüber. Im Protokoll ist die Geschäftsfähigkeit des Erblassers festzustellen. Das Gesetz umfaßt nicht alle Fälle, in denen Krankheit die Testierfähigkeit beeinflußt. Es treten Fälle hinzu, in denen es zweifelhaft ist, ob der Testierende sich über den Inhalt seiner Erklärung klar ist, so bei Mangel geistiger Entwicklung, hochgradiger Erregung, übermäßigem Genuß von Alkohol usw. Besondere Schwierigkeiten bietet die Feststellung, ob das Motiv zur Errichtung des Testaments durch eine geistige Störung beeinflußt wird. In allen Fällen empfiehlt sich die Zuziehung eines Sachverständigen.

Hoppe-Uchtspringe.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Königl. Württembergischen Landes-Versicherungsamt.

Infektion als landwirtschaftlicher Betriebsunfall.

Entscheidung vom 4. Februar 1905.

Der Bauer H. von T. ist am 3. Dezember 1903 an Blutvergiftung gestorben. Seine Witwe verlangt für sich und als Vertreterin des minderjährigen Sohnes Chr. für diesen die gesetzliche Hinterbliebenenrente, indem sie geltend macht, die den Tod verursachende Blutvergiftung sei die Folge eines landwirtschaftlichen Betriebsunfalls. Die Berufsgenossenschaft hat den Anspruch abgelehnt. Auf die Berufung der Genannten hat das Schiedsgericht den Bescheid der Berufsgenossenschaft aufgehoben und diese schuldig erkannt, der Witwe und deren Sohn Chr., letzterem bis zum zurückgelegten 15. Lebensjahr die gesetzliche Hinterbliebenenrente zu gewähren. Die Berufsgenossenschaft hat in dem gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts erhobenen Rekurs ausgeführt, es fehle der Beweis, daß die — nach dem ärztlichen Gutachten als Ursache der Blutvergiftung anzusehende — Infektion bei einer Hantierung im landwirtschaftlichen Betriebe erfolgt sei; es gebe für den Landwirt auch außerhalb seines Betriebes eine Menge Gelegenheiten, mit Giftstoffen in Berührung zu kommen.

Der Rekurs wurde zurückgewiesen.

Gründe:

Bezüglich der an der Hand des Verstorbenen nachgewiesenen leichten Hautverletzung, welche zweifellos das Eindringen des Giftes (der „Lebewesen") in das Blut ermöglicht hat, kann nicht nachgewiesen werden, daß sie durch eine landwirtschaftliche Betriebstätigkeit verursacht worden ist. Es steht nicht einmal fest, ob dieselbe (sie wird als „Hautschrunte" bezeichnet) ihren Grund in äußerer Gewalteinwirkung gehabt hat; sie kann ebensowohl durch Einwirkung der Kälte entstanden sein.

Dagegen kann mit Grund als bewiesen angenommen werden, daß das Eindringen des Gifts seine Ursache in einer der gesetzlichen Versicherung unterstehenden Tätigkeit des H. gehabt hat. Die ärztlichen Gutachten führen aus, daß gerade die landwirtschaftliche Tätigkeit eines Bauern reichliche Gelegenheit zu einer Infektion der in Frage stehenden Art gibt, und sie nehmen übereinstimmend an, es sei wahrscheinlich, daß diese Gelegenheit auch hier in Wirkung getreten sei. Erwägt man nun, daß die gefahrbringende Betriebstätigkeit den weitaus größten Teil der Tätigkeit eines Bauern unter den hier gegebenen Verhältnissen ausmacht, zumal wenn die der Versicherung gleichfalls unterliegenden hauswirtschaftlichen Verrichtungen hinzugerechnet werden; daß der verstorbene H. zu der Zeit, als die Infektion erfolgt sein muß, ganz besonders mit landwirtschaftlichen Arbeiten befaßt war, und zwar gerade mit solchen, die, wie die Dungarbeiten, in besonderem Maß zur Infektion geeignet sind; daß er ferner selbst beobachtet hat, daß die ersten Zeichen der Infektion zeitlich nach einer solchen Arbeit aufgetreten sind, so läßt sich nach dem regelmäßigen Verlauf der Dinge wohl annehmen, daß die Ausübung einer landwirtschaftlichen Betriebsarbeit es war, die den Giftstoff mit der vorhandenen Hautverletzung in Berührung gebracht und demgemäß nicht bloß die Gelegenheit, sondern die Ursache des (ohne die Berührung nicht ermöglichten) Eindringens in den Körper gebildet hat. Gerechtfertigt ist es aber (insbesondere in Fällen, in denen sich naturgemäß der nähere Hergang der menschlichen Beobachtung entzieht), bei der Beweiswürdigung von dem gewöhnlichen Verlauf der Dinge auszugehen, solange nicht im einzelnen Fall besondere Umstände eine andere Annahme begründen.

Steht aber hiernach fest, daß eine landwirtschaftiche Tätigkeit, welche nicht notwendig nach ihrer besonderen Gestaltung dargetan zu werden braucht, die Ursache des Eindringens des Giftstoffs gebildet hat, und zwar in der Weise, daß das einmalige, innerhalb eines kurzen Zeitraumes sich vollziehende Eindringen schon die Schädigung des Körpers herbeigeführt hat, so ist damit der Tatbestand des Betriebsunfalls gegeben. Der Unfall im versicherungstechnischen Sinn ist die körperschädigende, plötzliche und von dem Betroffenen unbeabsichtigte Einwirkung eines äußeren Tatbestandes auf den Menschen, nicht das äußere Ereignis oder der infolge des Ereignisses eingetretene Körperschaden für sich allein. Unter diesem Gesichtspunkt sind stets Vergiftungen, — welche wie hier — eine Folge plötzlich wirkenden Eindringens von Krankheitsstoffen in den Körper darstellen, als „Unfälle" angesehen worden, im Gegensatz zu den Berufskrankheiten, bei denen erst die über einen längeren Zeitraum sich erstreckende Wiederholung der Aufnahme in ihrer Gesamtwirkung die Vergiftung herbeiführt.

Mit der Aufnahme des Gifts in das Blut war bei H. die körperliche Schädigung vollzogen, und deren Folge war, wie die ärztlichen Gutachten unzweifelhaft feststellen, der Tod des Verletzten. (Arbeiterversorgung.)

Tagesgeschichte.

Zweckmäßigkeit und Wert der Vorbescheide, gemäß § 70 des Gewerbe-Unfallgesetzes.

In Nr. 11 des „Kompaß" sind die Erfahrungen zusammengestellt, welche die einzelnen Sektionen der Knappschaftsberufsgenossenschaft mit den Vorbescheiden gemacht haben. Diese Antworten sind auf eine diesbezügliche Anfrage des Genossenschaftsvorstandes hin ergangen, zu welcher dieser sich durch ein Rundschreiben des Reichsversicherungsamtes veranlaßt sah. Es wurde darin besonders auf folgendes hingewiesen: „Der endgültigen Stellungnahme des Feststellungsorgans hat die Erteilung eines Vorbescheides voranzugehen. Hierdurch soll erreicht werden, daß der Verletzte oder seine Hinterbliebenen noch vor Erlaß des berufungsfähigen Bescheids über die Tragweite der in Aussicht genommenen Entscheidung belehrt werden, damit sie noch während des bei der Berufsgenossenschaft schwebenden Verfahrens selbst die zur Durchführung ihrer Rechte erforderlichen Schritte tun können, und unnötige Streitigkeiten

vor den Schiedsgerichten vermieden werden. Eine bindende Bedeutung für den demnächst zu erlassenden berufungsfähigen Bescheid soll dem Inhalt des Vorbescheides nicht beigelegt werden."

Die von den (8) Sektionen eingegangenen Antworten sprechen sich im allgemeinen gegen die Vorbescheide aus, deren Wert sie in Abrede stellen. Sechs Sektionen nehmen diesen Standpunkt unbedingt ein; sie weisen namentlich darauf hin, daß der Wert der Vorbescheide in keinem Verhältnis zu der Aufwendung an Schreibarbeit und Zeit steht, die sie erfordern. Sie seien lediglich als eine Formalität anzusehen, deren Fortfall für die Berufsgenossenschaften eine wesentliche Erleichterung, für die Versicherten aber von großem Interesse sei, da das Entschädigungsverfahren dann mindestens 14 Tage früher zum Abschluß gebracht werden könne. Nur die Sektionen 4 und 8 (Halle und München) sprechen sich — freilich auch nur sehr bedingt — zugunsten der Vorbescheide aus. Auch sie weisen darauf hin, daß die auf die Vorbescheide eingehenden Erinnerungen zumeist unberechtigt seien und lediglich das Entschädigungsfestsetzungsverfahren verzögerten.

Es wäre wissenswert, ob auch andere Berufsgenossenschaften den Vorbescheiden so wenig Wert beimessen, bzw. über die Wertlosigkeit der Vorbescheide für die Verletzten so eindeutige Erfahrungen gemacht haben. Sollte das der Fall sein, so würde man daraus immer noch nicht schließen dürfen, daß die Vorbescheide wertlos, sondern vielmehr, daß die Versicherten in Unfallsachen gewöhnlich schlecht beraten sind.

An und für sich ist es ein sehr gesunder Gedanke, daß der Verletzte, nachdem die Berufsgenossenschaft ihm ihre Auffassung der Sachlage und die Gründe dafür mitgeteilt hat, zunächst Gelegenheit bekommt, seine eventuellen Gegengründe zur Prüfung zu unterbreiten. Durch gewissenhaftes Eingehen auf verständige Einwände würden die Berufsgenossenschaften viele schiedsgerichtliche Entscheidungen zu ihren Ungunsten vermeiden. Aber freilich, dazu würde gehören, daß die Antworten der Versicherten auf Vorbescheide, die ihnen nicht genehm sind, statt entrüsteter Proteste und feierlicher Beteuerungen nur tatsächliche Angaben oder doch solche Behauptungen, die sich objektiv prüfen lassen, enthielten. Nehmen wir z. B. den so häufigen Fall einer Kopfverletzung, nach der sich Schwindelanfälle einstellen. Objektiv ergibt die Untersuchung so wenig, daß die Berufsgenossenschaft laut ärztlichem Gutachten gar keine oder eine sehr geringe Rente ansetzt. Wenn dann nach erfolgtem Vorbescheide der Verletzte angibt, daß ganz bestimmte Zeugen unter ihrem Eide aussagen würden, sie hätten ihn bei bestimmten Gelegenheiten schwindlig werden sehen, so ist das für beide Teile wertvoll und kann zur Vermeidung eines Rentenprozesses dienen. Leider aber fehlt es an einer rein sachlichen, zugleich auch auf Vermeidung unnötiger Streitigkeiten gerichteten Beratung der Verletzten noch sehr. Und wo eine solche gewährleistet wird, wie z. B. beim Berliner „Verein für Unfallverletzte", da werden viele Versicherte durch Unkenntnis und viele auch durch ein von gewisser Seite geschürtes Mißtrauen gehindert, sich diesen Vorteil zu Nutze zu machen.

Was Not täte, wäre nicht Abschaffung der Vorbescheide, sondern ein vernünftiges Verfolgen des Weges zu friedlicher Verständigung zwischen Versicherungsträgern und Versicherten, welchen die Einrichtung der Vorbescheide weist. F. L.

Beleidigungsklage eines Kurpfuschers gegen einen Arzt.

Der Magnetopat Carl Offermann aus Köln kündigt in Zeitungsanzeigen, in denen er in längerer Ausführung auf die Trefflichkeit des von ihm ausgeübten Heilmagnetismus hinweist, daß er alle Krankheiten, als Lungen-, Herz-, Leber-, Nieren-, Blasenleiden usw., in Behandlung nehme. Auf diese Zeitungsanzeigen hin, sowie gestützt auf die amtliche Aussage einer Telephonistin, die ohne Heilerfolg in der Behandlung von Offermann gestanden hat, erschien in dem Ärztlichen Wochenblatt vom 8. Oktober 1904 ein die Kurpfuscherei behandelnder Artikel, in dem das von dem mit Namen genannten Offermann angepriesene Heilverfahren sehr abfällig beurteilt und Offermanns Magnetismus als „Schwindel" bezeichnet wurde. Ein praktischer Arzt zu Oberwinter, der in der dortigen Gemeinde, wozu auch Rolandseck gehört, die ärztliche Praxis ausübt, kam eines Tages im Oktober 1904 in die Bahnhofswirtschaft zu Rolandseck, in welcher sich der Hotelier R. und der Bahnhofswirt befanden. Die Ehefrau des letzteren war des öfteren von dem Arzte ärztlich behandelt worden und befand sich zu dieser Zeit wieder in seiner Behandlung. Der Arzt gab F. den oben erwähnten Artikel des Ärztlichen Wochenblattes mit der Aufforderung, dessen Inhalt vorzulesen, und sagte, nachdem dies geschehen: „Die Sache ist Schwindel, ich werde alle meine Bekannten und Verwandten davor warnen."

Wegen dieser Äußerung erhob Offermann gegen den betreffenden Arzt Privatklage wegen Beleidigung im Sinne des § 186 St.G.B. Wie das Schöffengericht zu Sinzig, so gelangte auch die Strafkammer des Landgerichts zu Bonn zur Freisprechung des Angeklagten. Die Strafkammer wendet sich in ihrer Urteilsbegründung in scharfen Ausführungen gegen die Heilmethode des Privatklägers, indem sie hauptsächlich folgendes ausführt: Der Angeklagte hat lediglich ein Urteil über die in der reklamenhaften Ankündigung erwähnten Heilmethode des Privatklägers abgegeben. Er hat keine konkreten Tatsachen behauptet, solche auch nicht bei Abgabe seines Urteils im Sinne gehabt. Der § 186 St. G. B. ist daher nicht anwendbar, und kommt deshalb nicht in Frage, daß der Angeklagte die Erweislichkeit seiner Äußerung dartun muß. Die Äußerung ist vielmehr nur nach § 185 St. G. B. beleidigend und deshalb an sich strafbar. Der Angeklagte ist aber durch den § 193 St.G.B. geschützt, und zwar zunächst, weil er nur ein tadelndes Urteil über gewerbliche Leistungen abgegeben hat. Dann hat er aber auch die Äußerung in Wahrnehmung berechtigter Interessen gemacht, da er als Hausarzt des Zeugen F. für berechtigt anzusehen ist, den F. vor einer Behandlung seiner Frau durch den Privatkläger zu warnen. Es kann nur in Frage kommen, ob das Vorhandensein seiner Beleidigung aus der Form der Äußerung oder aus den Umständen, unter welchen sie geschah, hervorgeht. Zunächst ist daher zu prüfen, ob die scharfe, verletzende Form der Äußerung berechtigt ist. In dieser Beziehung ist dem Angeklagten das zuzugeben, daß er auf Grund des erwähnten Artikels „Von den Kurpfuschern" zu der Ansicht gekommen ist, daß die Heilmethode des Offermann „Schwindel" ist. Der Artikel erklärt auch selbst den „Magnetismus" des Privatklägers für Schwindel. Mit dem vernommenen Sachverständigen Dr. L. ist das Gericht auch der Ansicht, daß die Methode des Privatklägers unsinnig und dies dem Privatkläger bekannt ist, und daß er mit marktschreierischen Ankündigungen seiner Methode nur den Zweck verfolgt, von Leuten, welche sich in gutem Glauben an die Anpreisung der Methode in die Behandlung des Privatklägers begeben, Geld zu erhalten. Die Annahme wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß in einzelnen Fällen Erfolge eintreten. Wenn aber der Privatkläger angibt, alle Krankheiten durch Auflegen der Hand und durch Streichen mit derselben zu heilen, so ist es undenkbar, daß der Privatkläger diese Wirkung der bezeichneten Tätigkeit selbst glaubt. Ist das aber richtig, dann spiegelt er gutgläubigen Leuten Heilung durch ihm zur Verfügung stehende geheime Kräfte vor und sucht durch diese Vorspiegelung Gewinn zu

ziehen. Eine solche Vorspiegelung liegt auch darin, daß er in dem Prospekte sagt: „Vom Staate genehmigtes Heilverfahren, welches in das kaiserlich königliche Gewerberegister eingetragen wurde, ist eine der hervorragendsten Heilmethoden der Welt.“ Offenbar hat Privatkläger sein Gewerbe zur Gewerbesteuer angemeldet, er hat auch auf Grund der Polizeiverordnung vom 7. November 1902 beim Kreisarzt angemeldet. Das letztere ist vorgeschrieben, um eine Kontrolle über solche Personen zu haben, welche die Heilkunde, ohne approbiert zu sein, gewerbsmäßig ausüben. Von einer staatlichen Genehmigung kann daher keine Rede sein. Das letzteres dem Privatkläger bekannt war, ist aus dem Grunde anzunehmen, weil er nicht behauptet hat, eine staatliche Genehmigung zu haben; es ist auch nicht denkbar, daß eine solche erteilt wird. Das Verfahren des Privatklägers ist vom Staate auch nur geduldet. In dem Auflegen der Hände, dem Streichen mit denselben und in der Anwendung von Öl im Wasser ist auch nichts gefährliches zu finden. Wenn nun aber der Privatkläger mit diesem Verfahren unter Berufung auf staatliche Genehmigung infolge seiner geheimen Kräfte alle Krankheiten heilen will, die Wirkung in marktschreierischer Reklame kundgibt, und zwar mit der Absicht auf Gewinn, so ist für ein solches betrügerisches Verfahren der Ausdruck „Schwindel“ nicht zu scharf gefaßt.

Der von dem Privatkläger gegen dieses Urteil eingelegten Revision, welche Verletzung der §§ 186, 193 St. G. B. rügt, blieb der Erfolg versagt. Durch Entscheidung des Strafsenats des Kölner Oberlandesgerichts vom 3. Juni d. J. wurde die Revision verworfen. Das Oberlandesgericht erachtet die Ausführungen des Vorderrichters in allen Teilen für zutreffend.

Das Vorleben der Kurpfuscher.

Aus einer statistischen Zusammenstellung im „Reichsanzeiger“ entnehmen wir über das kriminelle Vorleben der Kurpfuscher folgende Tatsachen: Von den 5148 Personen, die, ohne approbiert zu sein, gewerbsmäßig die Heilkunde ausübten, waren 381 oder 7,4%, also von 14 Kurpfuschern mindestens 1 bestraft. Werden aber alle Zahnkünstler, Heilgehilfen, Barbiere usw., welche die Zahnheilkunde oder die kleine Chirurgie mitbetrieben (insgesamt 1501), abgerechnet, so kommt auf 10 Kurpfuscher mindestens 1 Bestrafter. Dabei ist zu berücksichtigen, daß in manchen Berichten die Angaben über die Bestrafungen sehr ungleichmäßig sind; es dürften die angegebenen Zahlen nicht unbedeutend hinter der Wirklichkeit zurückbleiben. Es sind als bestraft genannt: wegen fahrlässiger Tötung 15 Personen, darunter 2 Hebammenpfuscherinnen, wegen Körperverletzung mit tödlichem Ausgange 1, wegen vorsätzlicher Körperverletzung 5, wegen fahrlässiger Körperverletzung 54, wegen Zuwiderhandelns gegen die Vorschriften über den Arzneimittel- und Giftverkehr 47 Personen, wegen Ausübung der Heilkunde im Umherziehen 16, wegen Beilegung eines ärztlichen oder arztähnlichen Titels 22, wegen Hebammenpfuscherei 52, wegen Übertretung der Gewerbeordnung ohne nähere Angaben 102, wegen unlauteren Wettbewerbs 19 Personen. 18 Personen wurden wegen vollendeten Verbrechens der Abtreibung der Leibesfrucht, des Versuchs oder der Beihilfe dazu vom Strafrichter verurteilt, 2 Personen wegen Tötung infolge der Abtreibung. Von Bestrafungen wegen sonstiger Verbrechen und Vergehen werden folgende angeführt: wegen Diebstahls 31, wegen Betrugs 11, wegen Sittlichkeitsverbrechens 5, wegen Blutschande 3, wegen Unzucht 1, wegen Meineids 3, wegen Wechselfälschung 1, wegen Erpressung 1, wegen Mißhandlung 3, wegen öffentlicher Beleidigung 14, wegen Unfugs 3, wegen Hausfriedensbruchs 5, wegen Bedrohung 4, wegen Pfandverschleppung 1, wegen Zechprellerei 1, wegen unbefugten Schankbetriebes 1, wegen Unterschlagung 6, Urkundenfälschung 2, Verkaufs unsittlicher Schriften 1, Brandstiftung 1, Hehlerei 2, wegen strafbaren Eigennutzes 1, Widerstandes gegen die Staatsgewalt 2, Jagdvergehen 4, wegen Bankerotts 1, Anstiftung zu einem Verbrechen 1, Steuerhinterziehung 3, Verkaufs verdorbener Nahrungsmittel 1, Sachbeschädigung 2, wegen versuchter Nötigung 1, Beihilfe zur Untreue 1, Tierquälerei 1, Ehebruchs 2, Vergehens gegen das Urheberrecht 1. Außerdem ist bei 61 Personen einfach mitgeteilt: „bestraft“ oder „mehrfach bestraft“ ohne Angabe der genaueren Umstände.

Fürsorge für ein von einem tollwutverdächtigen Hunde gebissenes Krankenkassenmitglied.

N. N. in G. wurde am 6. November 1903 von einem Hunde in die Hand gebissen. Am 6. November erfuhr der behandelnde Arzt, daß der Hund an Tollwut litte. Er schickte darauf sofort den N. N. in Begleitung eines Krankenwärters in das Kgl. Infektionsinstitut nach Berlin. N. N. verlangte von der Kasse Rückerstattung der Kosten für Reise und Verpflegung, im ganzen 100,15 M. Die Kasse lehnte die Erstattung der Kosten ab, wurde aber von dem Landrat als Aufsichtsbehörde zur Zahlung verurteilt. Nunmehr wurde sie bei dem Kgl. Amtsgericht in W. klagbar. Die Klage wurde abgewiesen unter folgender Begründung: Die Kasse hat nicht nur die Verpflichtung, ihren Mitgliedern freie Behandlung seitens der Kassenärzte zu gewähren, sondern in den Fällen, in welchen eine spezialistische Behandlung unvermeidlich ist, auch die Kosten einer solchen zu tragen. Ein solcher Fall lag hier vor. Auch war eine geeignete Behandlung nur in dem Kgl. Institut für Infektionskrankheiten in Berlin möglich, die spezialistische Behandlung daher von einem Aufenthalt in demselben nicht zu trennen. Es lag auch die Notwendigkeit zu einem sofortigen, spezialistischen Eingreifen vor; der N. N. hatte demnach keine Zeit, die vorherige Einwilligung der Kasse einzuholen.

Die Berufung der Kasse wurde unter der gleichen Begründung von dem Kgl. Landgericht in Schw. abgewiesen.

(Nach „die Arbeiterversorgung Nr. 12.“)

Ergebnis der vorjährigen Impfungen in Preußen.

Der offizielle Bericht über die Königlich Preußischen Anstalten zur Gewinnung tierischen Impfstoffes für das Jahr 1904, nach den Jahresberichten der Anstalten, bearbeitet in der Medizinalabteilung des Kultusministeriums, verzeichnet nachstehende Ergebnisse.

Die Menge des im ganzen gewonnenen Impfstoffes betrug 40 401,56 kg; sie reichte für 4 040 156 Kinder aus. Die Erfolge werden teilweise als befriedigend, teilweise als gut bezeichnet. Im ganzen ist die Zahl der gemeldeten Nachkrankheiten eine verhältnismäßig minimale, und auch bei diesen wenigen — meistens Hautausschläge (Erythem, Furunkulose, Urtcaria etc.) ist der Zusammenhang zwischen Erkrankung und Impfung für ausgeschlossen anzusehen.

Neue Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungsangelegenheiten.

Erlaß vom 14. April 1905 betr. Ausstellung von Attesten seitens der Kreisärzte an Privatpersonen.

Wiederholt haben Hausbesitzer kreisärztliche Atteste über die Eignung von Räumen zum dauernden Aufenthalt von Menschen als Beweismittel gegenüber der Polizeibehörde benützt. Der Minister macht die Kreisärzte daher auf den Erlaß vom 2. Januar 1900 aufmerksam, der ihnen besondere Vorsicht in Attesten auf Ersuchen von Privatbehörden zur Pflicht macht.

— — 15. April 1905 betr. staatliche Auszeichnungen für Krankenpfleger.

Die Regierungen sollen halbjährlich Nachweisungen derjenigen Pfleger, die einer Auszeichnung würdig erscheinen, einreichen.

Erlaß vom 22. April 1905 betr. Anschaffung des Werkes „Das Gesundheitswesen des Preußischen Staates“ seitens der Kreisärzte.

Der im Verlage von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstr. 36 erscheinende Jahresbericht soll künftig für die Bibliothek der Dienststelle jedes Kreisarztes angeschafft werden. Die Kosten werden aus der Amtsunkosten-Entschädigung des Stelleninhabers bestritten. Vorzugspreis 7 Mark bei direkter Bestellung vom Verleger.

II. Prüfungswesen.

— — 5. Mai 1905 betr. Auslegung des § 25 No. 2 der Prüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901.

Der Paragraph bestimmt, daß jeder Kandidat je ein Halbjahr als Praktikant die Kinderklinik oder -Poliklinik, sowie die Klinik oder Poliklinik für Hals- etc. Krankheiten besucht haben muß. Dies wird offiziell jetzt dahin ausgelegt, daß, wo Spezialkliniken vorhanden sind, diese besucht sein müssen. Nur wo sie fehlen, soll Besuch der Polikliniken genügen.

III. Apothekenwesen und Geheimmittelverkehr.

— — 6. April 1905 betr. Ausübung des Apothekerberufs seitens weiblicher Personen.

Wenn weibliche Personen die Bedingungen für die Zulassung zu den pharmazeutischen Prüfungen erfüllen, ist es ihnen unbenommen, den Apothekerberuf zu ergreifen.

— — 7. April 1905 betr. Ausschreibung von Apothekenkonzessionen.

Aufforderung zur Bewerbung um Apothekenkonzessionen darf nicht auf preußische Staatsangehörige beschränkt werden, da dies der Reichsverfassung (Artikel 3) widerspricht.

— — 3. Mai 1905 betr. Bewerbungen um Apothekenkonzessionen.

Die Oberpräsidenten haben die Befugnis, selbständig über Konzessionsbewerbungen zu entscheiden, wenn ein Konzessionar, der auf eine persönliche Konzession verzichtet, sich um eine andere bewirbt. Bei sonst gleichen Verhältnissen sollen wie bisher solche Bewerber, die sich unter Verzicht auf eine verkäufliche Konzession, um eine ausgeschriebene bewerben, bevorzugt werden.

— — 6. Mai 1905 betr. Ergänzung des Geheimmittelverzeichnisses.

Wie zu erwarten war, sind seit dem Erlaß der Vorschriften vom 8. Juli 1903 zahlreiche Geheimmittel neu eingeführt oder durch veränderte Benennungen der Wirkung jener Vorschriften entzogen worden. Es ist daher eine Ergänzung der Listen notwendig, für welche Vorschläge einzureichen sind.

IV. Nahrungs- und Genußmittel.

— — 25. März 1905 betr. Einfuhr von aus Metalllegierungen hergestellten Beschlägen zu Trinkgefäßen aus dem Auslande.

Es wird Bericht über angeblich aus dem Auslande eingeführte Beschläge, die den Vorschriften des Zinkbleigesetzes von 1887 nicht entsprechen, eingefordert.

— — 11. April 1905, betr. Herstellung von Büchsengemüsen.

Aus Anlaß eines im Jahre 1904 in Darmstadt vorgekommenen Vergiftungsfalles infolge Genusses eines aus Konservebohnen bereiteten Salats wird ersucht, auf die Bevölkerung nach dieser Richtung hin aufklärend zu wirken. Namentlich ist bei der Gemüsezucht dafür Sorge zu tragen, daß die oberirdischen Pflanzenteile nicht mit Jauche in Berührung kommen; für die Konservengemüsebereitung wird die peinlichste Sauberkeit und gründliche Erhitzung zur Abtötung etwaiger giftiger Keime empfohlen.

— — 27. April 1905, betr. gewerbsmäßige Herstellung von Trester- etc. Wein.

Es wird ersucht, der Herstellung von Kunstweinen in nicht zu Brennereien gehörigen Betrieben besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden, da die Herstellung derartiger Kunstweine nur in der Brennerei selbst und nur zur eigenen Verarbeitung gestattet ist.

V. Serumprüfung.

Erlaß vom 10. April 1905, betr. Festsetzung der Gebühren für die provisorischen Prüfungen der Serumarten.

Die Gebühren werden vom 1. April dieses Jahres allgemein auf $2^1/_2$% des Verkaufspreises festgesetzt.

VI. Seuchenbekämpfung.

— — 4. April 1905, betr. Herstellung von Kulturen des Löfflerschen Mäusetyphus-Bazillus.

Zur Verhütung von Gesundheitsschädigungen durch Beschäftigung mit Mäusetyphusbazillen werden Verhaltungsmaßregeln gegeben. Dieselben sollen in den Arbeitsräumen aufgehängt werden, auch soll jeder Abnehmer der fraglichen Kulturen ein Exemplar derselben erhalten. Personen, die zu Verdauungsstörungen neigen und Kinder unter zwölf Jahren sind von der Beschäftigung mit den Kulturen fernzuhalten; ferner sind Verunreinigungen des Mundes bei der Arbeit sorgfältig zu vermeiden.

— — 17. April 1905, betr. Untersuchung pestverdächtiger Ratten.

Pestverdächtige Ratten aus den Hafenorten Stettin und Swinemünde sind zur Untersuchung dem Institut für Infektionskrankheiten in Stettin und nicht wie bisher dem Hygienischen Universitätsinstitut in Greifswald einzusenden.

— — 18. April 1905, betr. Wiederzulassung von Schülern, welche die Ferien in einer von Genickstarre durchseuchten Gegend verbracht haben, zum Schulunterricht.

Auf eine Anregung des Magistrats der Stadt Breslau hin wird bestimmt, daß Schüler, welche für die Dauer der Osterferien nach Hause reisen, durch ein polizeiliches Zeugnis nachweisen müssen, daß in dem Hause, in welchem sie sich aufgehalten haben, während der letzten vier Wochen kein Fall von Genickstarre vorgekommen ist. Anderenfalls dürfen sie erst wieder zum Unterricht zugelassen werden, wenn 14 Tage seit dem Tode oder der Genesung des letzten Kranken verstrichen und die erforderlichen Desinfektionen in vollem Umfange durchgeführt worden sind. Tritt die Genickstarre in Breslau auf, so ist nach den gleichen Grundsätzen zu verfahren.

— — 22. April 1905, betr. Arbeiten mit Erregern des Rotzes in dem Laboratorium der Quarantäneanstalt in Bremerhaven.

Dem Direktor des Hygienischen Instituts in Bremen wird die Ermächtigung erteilt, auch in dem genannten Laboratorium mit Erregern des Rotzes zu arbeiten.

— — 28. April 1905, betr. Einrichtung halbmonatlicher Zusammenstellung der Erkrankungen und Todesfälle an übertragbarer Genickstarre.

Es sollen bis auf weiteres derartige Zusammenstellungen halbmonatlich direkt an den Herrn Minister eingereicht, Abschriften davon dem Herrn Oberpräsidenten vorgelegt werden.

VII. Gewerbehygiene.

Bekanntmachung des Reichskanzlers vom 9. April 1905, betreffend die Beschäftigung von Arbeiterinnen etc. in Zigarrenfabriken.

Die Bestimmungen hierüber im § 11 der Vorschriften über die Einrichtung und den Betrieb der zur Anfertigung von Zigarren bestimmten Anlagen bleiben bis zum 1. Mai 1907 in Kraft.

VIII. Wasserversorgung.

Erlaß vom 19. April 1905, betr. Aufstellung und Ausführung von Projekten für Wasserleitungen.

Neben der Versuchs- und Prüfungsanstalt für Wasserversorgung haben die Beamten der Meliorationsbauverwaltung in erster Linie leistungsschwachen ländlichen Gemeinden sachkundige Unterstützung zu gewähren. Die Verpflichtung der Regierungspräsidenten, durch ihre medizinal- und bautechnischen Fachorgane die Projekte zu prüfen, bleibt dabei bestehen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 14. Ausgegeben am 15. Juli.

Inhalt:

Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus.

Von
Professor Dr. med. L. Bruns.
Nervenarzt in Hannover.

Auf keinem Gebiet der ärztlichen Tätigkeit ist die Verantwortung, die wir mit der Stellung einer Diagnose übernehmen und der Schaden, den wir folgerichtig mit einer falschen anrichten können, so groß, wie auf dem der ärztlichen Sachverständigentätigkeit, sei es als Begutachter in berufsgenossenschaftlichen, Invaliden- und Privatversicherungssachen, sei es vor Gericht in Zivil- und Strafprozessen. Während wir in der gewöhnlichen Praxis, namentlich wenn wir selber unserer Diagnose nicht genug trauen, aber auch dann, wenn wir mit dem subjektiven Gefühle der Sicherheit eine falsche stellen, unsere Behandlung doch bei einiger Vorsicht noch so einrichten können, daß wir den Kranken weder durch Handlungen noch durch Unterlassungen direkt schädigen, es dem Untersuchten außerdem immer noch freisteht, ob er dem von uns gegebenen Rate folgen will oder nicht, wird auf unser sachverständiges Gutachten hin in den oben gestreiften Fällen mit der Macht der Staatsbehörden dem Untersuchten gegenüber verfahren, und wir können deshalb durch eine falsche Diagnose — wohin auch die fälschliche Annahme der Simulation gehört —, sowohl den Untersuchten, wie dritte Personen — vor allem Ärzte, die den Kranken früher behandelt haben, — an Vermögen, Ehre und Freiheit schädigen. Deshalb ist es für keinen Arzt wichtiger, als für den als Sachverständigen Vernommenen — und jeder Arzt kommt heute oft in die Lage als solcher gehört zu werden und gilt den Behörden a priori als Sachverständiger auf dem ganzen Gebiet der Medizin — auch über seltene Krankheiten die zu ihrer Erkennung notwendigen Kenntnisse zu besitzen, namentlich wenn diese Krankheiten durch die Art ihrer Symptome und die Eigenheiten ihres Verlaufes erstens die Gefahr falscher Diagnosen bei nicht gründlicher Kenntnis und falscher, manchmal auch schädlicher Behandlung, einigermaßen nahelegen und zweitens ebenfalls durch einzelne ihrer Symptome leicht forensische Bedeutung erlangen können.

Auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten erfüllt diese Forderungen eine erst neuerdings genauer erforschte und man kann wohl ruhig behaupten, auch dem größten Teil der Ärzte noch wenig bekannte Krankheit, die sogenannte asthenische Bulbärparalyse oder besser Myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund). Es verlohnt sich deshalb wohl

gerade in diesen Blättern eine kurze Darstellung der interessanten Krankheit zu geben und speziell auf diejenigen Punkte einzugehen, die ihre Diagnose erschweren, die Behandlung in falsche Richtung drängen und eventuell forensische Bedeutung erlangen können. Auf die Geschichte und Literatur des Leidens kann ich hier nicht weiter eingehen; ich weise den interessierten Leser auf die im Jahre 1901 erschienene Monographie Oppenheims: Die myasthenische Paralyse (Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund), Berlin, S. Karger 1901, in der beides in ausführlichster Weise zu finden ist; ich will nur erwähnen, daß die Entwicklung unserer Kenntnisse über die myasthenische Paralyse im wesentlichen mit den Namen Erb, Oppenheim, Hoppe, Goldflam und Jolly verbunden ist.

Zur Illustrierung des Leidens und seines Verlaufes gebe ich zunächst die Krankengeschichte eines von mir durch längere Jahre genau beobachteten Falles, der noch nicht publiziert ist und alle wesentlichen Symptome und Charakteristika des Verlaufes enthält.

Frau B., 38 Jahre, Schuhmachersfrau. Erste Untersuchung am 5. September 1900. Beginn des Leidens angeblich im Februar desselben Jahres; langsam schleichender Verlauf. Status: L. u. R. Ptosis, links etwas stärker; beiderseits Abduzensparese und ebenso beiderseits, besonders links Parese der Heber des Bulbus; entsprechende Doppelbilder. Akkommodation und Pupillenreaktionen gut. Ausgesprochene Schwäche der Stirn- und Augenschließmuskulatur. Mundspitzen fast unmöglich; auch das übrige Gebiet der Gesichtsmuskulatur fast wie bei beiderseitiger Facialisparalyse. Kaumuskulatur schwach. Die groben Zungenbewegungen gut. Für die Sprache ausgeprägte Ermüdbarkeit; die Sprache wird rasch immer undeutlicher, namentlich immer nasaler; das Schlucken ist erschwert; das Gaumensegel hebt sich bei der Phonation nur einige Male, dann nicht mehr. Abends besteht schwere Müdigkeit in Armen und Beinen; auch bei gewissen Arbeiten am Tage, z. B. beim Messerputzen, versagen die Finger sehr bald; sonst ist an Rumpf und Extremitäten die Ermüdbarkeit nicht ohne weiteres zu demonstrieren. Keine Störung der elektrischen Erregbarkeit — auch keine myasthenische Reaktion; z. B. im Facialisgebiet. Keine deutliche Muskelatrophie. Sehnen- und Hautreflexe normal; keine Gesichtsstörungen; Ophthalmolskopisch normal. Am Herzen und im Urin normaler Befund. Psychisch nichts; leichte hysterische Zeichen. Ordination: vollständige körperliche Ruhe.

Am 12. Oktober 1900 wesentliche Remission der Erscheinungen. L. Proptosis; R. nichts; die übrigen Augenmuskeln beiderseits gut; doch tritt bei Extremstellung der Augen leichte nystagmische Raddrehung ein. Sprache besser; Schlucken noch erschwert; Kauen besser; Pfeifen, Mundspitzen, Augenschließen geht noch schlecht; das Gaumensegel hebt sich jetzt kräftig und oft; hier keine Ermüdbarkeit mehr zu demonstrieren. Die Kopfbewegungen sind frei; Arme und Beine kräftiger.

23. Januar 1901. Hat sich einige Zeit besser befunden; jetzt sind die Beschwerden wieder sehr viel erheblicher; namentlich treten häufig asphyktische Anfälle auf, in denen die Patientin zu ersticken droht. L. deutliche Ptosis; ebenso linke Parese des Abduzens, Rectus sup. und internus. Nach abwärts werden die Bulbi gut bewegt; ebenso ist die Konvergenz normal und es verengern sich dabei die Pupillen. Zungen- und Gaumensegelbewegungen sehr erschwert: keine deutliche Atrophie weder an der Zunge noch im Gesicht. Keine fibrillären Zuckungen. Mundspitzen unmöglich, Schlucken erschwert. Auch die Kaumuskeln schwach. Am meisten gestört ist die Sprache und hier tritt beim lauten Lesen noch die Ermüdbarkeit sehr deutlich zu Tage; die Stimme wird nasal; klappt um; die Lippenlaute werden immer undeutlicher. Im übrigen ist die Ermüdbarkeit nicht leicht zu zeigen, namentlich nicht an den Extremitäten. Sehr wenig ausgeprägte myasthenische Reaktion im Depressor labii inf. beiderseits. Aufnahme in der Diakonissenstation Nazareth, vollständige Bettruhe.

25. Januar 1901. Ptosis links geringer; auch Sprache besser. Sehr ausgeprägte faradische Ermüdbarkeit im linken Mundfacialis; nach Einwirkung tetanisierender Ströme läßt die Muskelspannung bald nach; nach Unterbrechung sind selbst mit stärkeren Strömen zunächst nur minimale Zuckungen auszulösen.

1. Juni 1901. Die myasthenische Reaktion ist nicht mehr nachzuweisen; die Muskelspannung läßt auch bei längerem Faradisieren nicht nach. Bald nachher wird Patientin wieder entlassen.

3. Juni 1901. Links jetzt Ptosis; häufig auch rechts; Zunahme derselben im Laufe des Tages und schon während der Untersuchung. Augenbewegungen nach oben beiderseits fast vollständig aufgehoben; linker Rectus internus bleibt bei Bewegung des Bulbus nach rechts zurück; beide Abducentes schwach; Convergenz ganz gut. Augenschluß wenig fest; Mundspitzen und Pfeifen kaum möglich; beim Zähnefletschen keine deutliche Ermüdbarkeit; auch bei Bewegungen der Zunge nur im geringen Maße; dagegen ermüdet das Gaumensegel bei Phonation sehr rasch. Beim Lautlesen wird die Sprache sehr rasch undeutlich; beim Schlucken muß der Patient häufig pausieren, oft schon nach einem Schlucke. Kauen jetzt ziemlich gut. Nirgends Muskelatrophie; keine fibrillären Zuckungen. Muß der Patient längere Zeit den Kopf nach vorn halten, so treten Nackenschmerzen ein. Deutliche myasthenische Reaktion in der Mundmuskulatur; die Abschwächung der Reaktion tritt aber erst bei langer Einwirkung sehr starker Ströme auf den linken Depressor lab. inf. ein und dann zugleich auch auf der rechten Seite. Noch deutlicher ist die myasthenische Reaktion jetzt im Gebiete beider Stirnaugenteile des Facialis. Asphyktische Anfälle sind in der letzten Zeit nicht vorgekommen.

24. Juni 1901. In der letzten Zeit große Schwäche in den Händen; oft Atembeklemmung. Ptosis links stärker. Linkes Auge bleibt bei Drehung des Bulbus nach links ganz stillstehen (Abducenslähmung); das rechte geht dabei nur etwas über die Mitte; also auch starke Parese des rechten Rektus internus; Blick nach rechts besser; Drehung des Bulbus nach oben schwach, nach unten etwas besser. Sprache langsam und nasal; Gaumensegel ermüdet sehr rasch. Keine deutliche myasthenische Reaktion im Depressor labi inf.

16. November 1901. Beiderseits schwere Ptosis; links noch etwas stärker; nach rechts und links jetzt Augenbewegungen gleich null; das rechte bewegt sich einigermaßen, das linke nur unvollkommen nach oben und unten. Konvergenz auch schwach. Die Ptosis ist am Morgen am größten, verschlimmert sich sehr im Laufe des Tages; bessert sich wieder, wenn der Kranke während des Tages einige Zeit mit geschlossenen Augen ruht. Das Schlucken ist sehr erschwert; die Patientin kann hintereinander kaum eine halbe Semmel herunterbringen. Das Kauen ist schwach und mit Schmerzen verbunden. Das Gaumensegel hebt sich kaum mehr als einmal. Morgens kann sie nur schwer angesammelten Schleim aushusten. Zungenbewegungen ganz gut; ebenso jetzt nur geringe Schwäche im Fascialisgebiete; keine Atrophie; keine

fibrillären Zuckungen. Die Nackenmuskulatur ermüdet sehr rasch; dann treten Nackenschmerzen ein. Die Schwäche der Arme jetzt sehr deutlich; kann ein gefülltes Lampenbassin nicht von dem Ständer heben. Beine gut. Nirgends deutliche myasthenische Reaktion. Im Januar und Februar 1902 war die Kranke im hiesigen städtischen Krankenhause in der Abteilung des Herrn Professor Dr. Reinhold. Dieser hat mir die dort gemachten Notizen freundlichst zur Verfügung gestellt. Die Symptome waren dort zunächst dieselben wie Ende 1901; myasthenische Reaktion wurde nicht konstatiert; bemerkt ist noch, daß das Mediastinum frei war. Nach einwöchiger Ruhe im Krankenhause besserte sich der Zustand sehr, blieb aber von da an der gleiche; die Sprache war klar, bis auf die Gaumenlaute; kein Verschlucken mehr. Die Ptosis geringer; das Heben der Augen nach oben besser. Der Lidschluß leidlich. Daneben findet sich noch eine Notiz über fasciculare Zuckungen im Orbicularis oculi und in der Zunge. Diese Remission bei vollständiger Ruhe im Krankenhause war also besonders tief.

Bei Gelegenheit der Niederschrift dieser Arbeit erfuhr ich vom Hausarzte auf meine Anfrage, daß die Kranke noch lebte, und auf meine Bitte stellte sich die Patientin, die ich also $3^1/_2$ Jahre nicht gesehen hatte, mir wieder vor. Der Status am 2. Juni 1905 war der folgende: Schwere Ptosis beiderseits. Bewegungen der Bulbi minimal; beide Augen gehen etwas nach unten, garnicht nach oben; das linke eine Spur nach außen, beide etwas innen bei Versuchen zu seitlicher Blickrichtung. Konvergenzbewegung auch sehr gering. Konvergenz- und Lichtreaktion der Pupillen gut. Musculus facialis kontrahiert sich beiderseits gut; der Orbicularis oculi nur schwach; Mundspitzen und Pfeifen unmöglich. Brotrinde zu kauen ist ihr unmöglich; Sprache sehr nasal; nach kurzem Lautlesen unverständlich: Gaumensegel hebt sich bei Phonation garnicht, Zunge nicht atrophisch, bewegt sich recht gut. Kann auf einmal nicht mehr als den Inhalt eines Teelöffels schlucken; am besten dicke Suppen. Die Funktion der bulbären Muskeln ist morgens beim Aufstehen am besten; dann fehlt die Ptosis fast ganz, nach $1^1/_2$ Stunden ist sie schon sehr deutlich. Häufig Erstickungsanfälle infolge Verschluckens oder auch ohne das mit krampfhaften Hustenanfällen. Beim Offenhalten der Lidspalte mit der Hand, das wegen der schweren Ptosis oft nötig ist, ermüden die Arme rasch; ebenso die Finger beim Stricken, Waschen und Messerputzen. Sie muß, um geradeaus zu sehen, wegen der Ptosis den Kopf nach hinten geneigt halten; dabei ermüden die Nackenmuskeln rasch und es stellen sich auch Nackenschmerzen ein. Auch die Schultermuskulatur ermüdet rasch; die Haare muß sie sich in Absätzen machen. Beine ziemlich gut. Sphincteren, Haut- und Sinnesfunktionen in Ordnung.

Hat während der letzten Jahre mehrmals erheblich Remissionen gehabt (siehe oben), in denen namentlich das Essen und Sprechen ganz gut ging; nie aber volle Intermissionen; besonders war die Ptosis immer vorhanden.

Wie die vorstehend mitgeteilte, ausführliche Krankengeschichte ergibt, handelt es sich bei der myasthenischen Paralyse um ein sich auf rein motorische Lähmungszustände beschränkendes Krankheitsbild, um eine Lähmung oder noch häufiger Schwäche in einem — wenigstens auf der Höhe der Erkrankung — großen Teile der vom Gehirn und vom Rückenmarke versagten Muskeln. Dahin gehören zunächst die Augenmuskeln — am häufigsten findet sich ein- oder doppelseitige, aber auf beiden Seiten nicht ganz gleich starke Ptosis — dann aber auch alle anderen äußeren Augenmuskeln, so daß unter Umständen eine vollständige Ophthalmoplegia externa vorhanden sein kann, während die inneren Augenmuskeln immer verschont bleiben. Im Facialisgebiet wird auch der obere Ast mit betroffen, so daß der Schluß der Augen schwach oder unmöglich ist — ferner ist besonders das Mundspitzen und Pfeifen, dazu die Bildung der Lippenlaute erschwert. Sehr charakteristisch ist noch, daß auch die Kaumuskulatur fast immer an der Parese teilnimmt. Besonders stark in die Erscheinung tritt eine meist sehr erhebliche Schwäche der Gaumensegel- und auch der Rachenmuskulatur; daneben auch eine solche der des Kehlkopfes, während, wie namentlich auch die oben mitgeteilte Krankengeschichte lehrt, die groben Bewegungen der Zunge oft gut erhalten sind. Die Lähmungen und Paresen der letztgenannten Muskelgebiete bedingen nun eine beträchtliche Störung der Deglutition und der Artikulation; die Bissen, die schon wegen der Kaumuskelschwäche nur schwer zerkleinert werden, werden noch schlechter geschluckt, und Flüssigkeiten kehren sehr häufig durch die Nase zurück; die Sprache ist verwaschen bis zur Unverständlichkeit, nasal und der Ton schwach, tremolierend oder umklappend. Von den spinal innervierten Muskeln wird am ersten und häufigsten die Nackenmuskulatur ergriffen, so daß die aufrechte Haltung des Kopfes erschwert wird und bei längerer Anstrengung in den betreffenden Muskeln auch Schmerzen entstehen; dann folgt die untere Rumpfmuskulatur, so daß auch das Sitzen schwerfällt; dann die Schulter- und Armmuskulatur — Haarmachen, Waschen, Aufhalten der Augenlider (siehe oben) — ermüdet sehr rasch; am spätesten zeigt sich eine Beteiligung der Beine. Die Muskellähmung ist nun in ihrem Charakter zwar eine schlaffe — spastische Momente fehlen ihr ganz —, aber keine atrophische; es fehlt der Muskelschwund, meist auch fibrilläre Zuckungen und elektrische Störungen im Sinne der Entartungsreaktion. Dagegen zeigt sich nicht selten die von Jolly besonders studierte und benannte „Myasthenische Reaktion“; starke faradische Ströme können die Erregbarkeit der von ihnen durchströmten Muskeln vorübergehend stark — ja bis auf 0 herabsetzen; interessant war in meinem oben beschriebenen Falle, daß diese Herabsetzung der Erregbarkeit in dem Kinnmuskel der einen Seite gleichzeitig auch in dem der anderen hervorgerufen werden konnte. Gefühlsstörungen, ausgeprägte Schmerzen und Störungen der Sinnesorgane fehlen, ebenso Störungen der Sphincteren. Die Hautreflexe sind normal; die Sehnenreflexe weder gesteigert noch abgeschwächt.

Ein klinisch sehr wichtiges Symptom sind schließlich noch Störungen der Respiration in Form asphyktischer Anfälle, einem Versagen der Respirationsmuskulatur, die sowohl durch Verschlucken, wie scheinbar spontan, vielleicht durch Hineingelangen von Speichel in den Kehlkopf, nach anfänglichen krampfhaften Hustenparoxysmen, aber auch ohne dieselben, entstehen können; sie sind sehr bedrohlicher Natur und haben in vielen Fällen plötzlichen Tod bedingt. Von Bedeutung ist noch, daß die Anfälle von Versagen der Respirationsmuskeln auch durch Ermüdung anderer Körpermuskeln, namentlich solcher, deren Centren den ihrigen benachbart sind — also vor allem die Schlundmuskulatur — ausgelöst werden können. Davon unten mehr.

Höchst charakteristisch ist nun der Verlauf des Leidens. Meist ist er ein schleichender, wenn auch manchmal mit akuten Verschlechterungen — und meist, wenn auch mit Ausnahmen, ein absteigender. Beginn mit Augenmuskelstörungen — dann Ergriffenwerden der übrigen bulbären Muskulatur; darauf der des Nackens, der oberen und schließlich

der unteren Extremitäten. Von großer Bedeutung ist ferner der Wechsel im Krankheitsbild. Dieser findet sich ausgeprägt sowohl für die einzelnen Symptome und vor allem für ihre Intensität, wie für das ganze Krankheitsbild. Namentlich der Wechsel in der Intensität der einzelnen Symptome ist in hohem Maße charakteristisch; die täglichen Schwankungen derselben bedingen das, was man als die gerade für diese Krankheit so typische Ermüdbarkeit bezeichnet hat. So kann es vorkommen, daß die Augenmuskellähmung, speziell die Ptosis am Morgen ganz fehlt; aber sich schon wieder zeigt, wenn der Kranke eine halbe Stunde wach ist, und am Abend besonders schwer ist; ein Schlaf während des Tages kann die Ptosis wieder sehr bessern. Sehr schwer und oft besonders leicht demonstrierbar sind diese Ermüdungserscheinungen meist in der Schling- und Artikulationsmuskulatur; das Schlingen versagt nach einigem Schlucken; die Sprache, die z. B. beim lauten Vorlesen zuerst ziemlich deutlich war, wird rasch immer verwaschener, nasaler, tonloser, zuletzt ganz unverständlich; das Gaumensegel hält sich bei der Phonation ein- bis zweimal, dann nicht mehr. Weniger leicht demonstrierbar, aber ebenfalls oft vorhanden, ist die Ermüdbarkeit der Extremitätenmuskeln, am ersten zeigt sie sich noch in den Nackenmuskeln — der Kopf kann ungestützt nicht lange gehalten werden; aber es kommt auch vor, daß das Heben der Arme in den Schultern nur ein paarmal von statten geht; dann nicht mehr; ebenso das Aufrichten vom Liegen oder Sitzen.

Neben dieser Ermüdbarkeit — dem raschen, täglichen, durch die Funktion der erkrankten Muskelgebiete bedingten Wechsel in der Intensität der Einzelsymptome — kommt nun in zweiter Linie ein Zurückgehen dieser Einzelsymptome für lange Zeit in Betracht. So können die Augenmuskellähmungen, vor allem aber die Schling- und Artikulationsstörungen, ferner die Facialisparesen, dann die Schwäche und Lähmungen der Rumpf- und Extremitätenmuskulatur oft auf Monate verschwinden — einander Platz machen — um dann bei irgendwelcher Gelegenheit wieder aufzutreten. Auch das Vorhandensein der myasthenischen Reaktion ist, wie auch meine Krankengeschichte lehrt, einem großen Wechsel unterworfen, und die asphyktischen Anfälle häufen sich zu Zeiten und treten in anderen ganz zurück. Schließlich können auch alle Krankheitssymptome, namentlich nach längerer Ruhekur, für mehr oder weniger lange Zeit zurücktreten, so daß es zu eigentlichen Intermissionen kommt; freilich sind vollständige Intermissionen ohne das Zurückbleiben auch der geringsten Krankheitserscheinungen jedenfalls sehr selten; aber an ihrem Vorkommen und auch an deren vollständigen, wenigstens langedauernden Heilung ist wohl nicht zu zweifeln. Am hartnäckigsten scheinen die Augenmuskellähmungen zu sein. Im ganzen hat aber das Leiden, wie auch die obige Krankengeschichte zeigt, trotz der Remissionen einen progressiven Verlauf; das Leiden ergreift allmählich immer mehr Muskelgebiete und wird in den ergriffenen immer intensiver. Wie lange sich der Kranke bei den wechselnden Verschlimmerungen und Besserungen halten kann, lehrt auch meine Krankengeschichte — es sind aber solche mit noch viel längerem Verlauf mitgeteilt worden. Der Tod tritt in außerordentlich vielen Fällen akut in einem asphyktischen Anfalle ein; sonst im allgemeinen Marasmus.

Die Krankheit befällt im wesentlichen jugendliche Individuen, am häufigsten zwischen dem 20. und 40. Jahre. Das hohe Alter und die Kindheit sind verschont. Frauen werden auffällig viel häufiger befallen als Männer.

Die Diagnose der myasthenischen Paralyse kann nicht schwer sein, wenn man die Symptomatologie des Leidens kennt und dieselbe eine einigermaßen entwickelte ist. Das Auftreten bei jugendlichen, besonders oft weiblichen Individuen; der langsame, nur manchmal schubweise Verlauf; die Verbindung einer äußeren Ophthalmoplegie mit bulbären Lähmungen, zu denen noch solche der Kaumuskeln kommen; die Beteiligung des oberen Facialisastes; die oft nur geringe Beteiligung der Zunge; die asphyktischen Anfälle; der Übergang der Lähmung und Schwäche auf die spinal innervirte Muskulatur — zuerst auf die Nackenmuskulatur, zuletzt auf die Beine; das Fehlen von Muskelatrophie und Entartungsreaktion, das Vorhandensein der myasthenischen Reaktion; das vollständige Fehlen sensibler, sensorischer oder Sphinkterenstörungen sind schon eine große Anzahl charakteristischer Merkmale. Dazu kommt die außerordentlich charakteristische Ermüdbarkeit, sowie der Wechsel im Auftreten und Verschwinden einzelner Symptome, sowie auch aller Krankheitserscheinungen — Remissionen und Intermissionen bis zur dauerhaften Heilung.

Zunächst ist damit die Abgrenzung gegen die sogenannte klassische Bulbärparalyse leicht; diese kommt im höheren und hohen Alter vor und verläuft langsam progressiv, aber ohne deutliche Remission und jedenfalls ohne Intermissionen zum Tode. Symptomatologisch fehlt hier die Beteiligung der Augenmuskeln und der Kaumuskeln; die Beteiligung des oberen Facialisastes ist selten; die Zunge ist meist am erheblichsten ergriffen. Die Lähmung führt zur Muskelatrophie, die am deutlichsten an der Zunge zu sehen ist — und zu elektrischen Störungen im Sinne der Entartungsreaktion, wenigstens zu partieller Entartungsreaktion, die allerdings nicht immer leicht nachzuweisen ist. Ebenfalls atrophische Muskellähmungen in den spinalen Muskeln treten zur klassischen Bulbärparalyse erst in deren Endstadien, wenn es sich nicht um eine spinale progressive Muskelatrophie, zu der umgekehrt schließlich bulbäre Symptome kommen, handelt. Ermüdungserscheinungen können im Anfange der progressiven Bulbäparalyse — z. B. für das Sprechen und das Schlucken — auch vorhanden sein, aber sie zeigen sich nur in auch stark atrophischen und paretischen Muskeln und nicht als einzige Erscheinung in sonst nicht nachweisbar erkrankten Muskelgebieten, z. B. am Nacken und in den Extremitäten.

Die akute apoplektiforme Bulbärparalyse, die auch meist ältere und an allgemeiner Gefäßerkrankung leidende Personen betrifft, unterscheidet sich schon durch ihr Einsetzen. Die Krankheitserscheinungen sind im Anfang auf der Höhe ihrer Ausbildung und gehen, wenn der Kranke nicht im Anfalle bleibt, zurück; oft bleiben halbseitige Erscheinungen zurück, mit alternierenden Lähmungen der Hirnnerven und Extremitäten und auch sensible Störungen im Gesichte und an den Extremitäten, wenn die sensiblen Leitungsbahnen und Centren ergriffen sind. Die Lähmungen der durch die apoplektische Bulbärparalyse betroffenen Hirnnerven sind ebenfalls atrophischer Natur.

Einige Schwierigkeiten kann die Diagnose der myasthenischen Paralyse gegenüber einer chronischen oder subakuten Myelitis bulbi machen, namentlich wenn zu den bulbären auch noch spinale Erkrankungsherde hinzutreten (Polioencephalomyelitis chronica). Das Entscheidende ist hier der bei den letzten Erkrankungen allmählich zum Tode oder umgekehrt auch zur vollen Dauerheilung führende Verlauf ohne erhebliche Remissionen, das Fehlen der Ermüdungserscheinungen und die Ausbildung echter Atrophieen mit elektrischen Störungen im Sinne der Entartungsreaktion. Auf der anderen Seite kann gerade in diesen Fällen auch der Augenmuskelapparat beteiligt und der anatomische Befund negativ sein; solche Fälle sind besonders nach Fleisch-, Wurst- und Fischvergiftungen beobachtet; gerade in diesen Fällen war aber meist die innere Augenmuskulatur beteiligt, was bei der Myasthenie nie der Fall ist.

Die Verwechslung der Myasthenie mit der Hysterie war früher, als das Krankheitsbild noch wenig bekannt war, einigermaßen entschuldbar und ist auch sorgfältigen Ärzten passiert; heute

kann eine Verwechslung nur bei oberflächlicher Untersuchung und dann vorkommen, wenn der Arzt, wie das leider nicht so selten ist, bei etwas ungewöhnlichen nervösen Symptomen, zumal bei jungen Frauen, zuerst und allein an Hysterie denkt. Verleiten zu der falschen Diagnose Hysterie kann vor allen Dingen der Wechsel in den Erscheinungen; der Arzt kann z. B. den Patienten gerade zu einer Zeit untersuchen, wo die Krankheitssymptome zum zum Teil zurückgetreten, zum Teil nur sehr geringfügig sind; hört er dann von dem Kranken bewegliche Klagen über die Schwere der Symptome zu andern Zeiten, so wird er, wenn er von dem Krankheitsbilde der „myasthenischen Paralyse" nichts weiß, allerdings auf den Gedanken der Hysterie kommen können. Im übrigen machen schon die einzelnen Symptome bei einigermaßen sorgfältiger Untersuchung diese Diagnose hinfällig; speziell die Augenmuskellähmungen, die bei Hysterie doch sehr selten sind, und nicht in der Form auftreten wie bei der Myasthenie; dann das Vorhandensein einer myasthenischen Reaktion, die Schwäche der Nackenmuskulatur, die asphyktischen Anfälle. Kommt es bei einer Hysterie zu einer Schlingstörung, so ist sie fast immer eine totale; dysarthrische Sprachstörungen habe ich bei Hysterie überhaupt noch nicht gesehen und schließlich fehlen hier die so charakteristischen Ermüdungssymptome. Kurz, man kann wohl sagen, eine Verwechslung der myasthenischen Paralyse mit der Hysterie sollte heute nicht mehr vorkommen.

(Schluß folgt.)

Wie hat sich die Gesundheitspolizei gegenüber dem Verkauf pasteurisierter Milch zu stellen?

Von

Professor Dr. **Ostertag.**

Im Laufe der letzten 15 Jahre ist wiederholt der Vorschlag gemacht worden, für sämtliche als Nahrungsmittel für Menschen in den Verkehr gebrachte Milch den Erhitzungszwang vorzuschreiben. Der Vorschlag gründete sich auf die Tatsache, daß durch geeignete Erhitzung die in der Milch vorkommenden pathogenen Bakterien getötet werden. Gegen den Vorschlag ist von vornherein die Unmöglichkeit der Durchführung geltend gemacht worden. Seitdem unsere Kenntnisse über die Bakteriologie und Chemie der Milch etwas tiefer geworden sind, reihen sich an das angegebene noch sehr wichtige Bedenken gesundheitlicher Art. Wir wissen jetzt, daß durch das übliche Erhitzen die Milch in ihrer Beschaffenheit derart verändert wird, daß sie statt zum Nahrungsmittel zum Gifte werden kann. Ich glaube nicht, daß sich heute noch ein Sachverständiger findet, der der Zwangserhitzung aller in den Verkehr kommenden Milch das Wort redete. Das allgemeine Bestreben ist darauf gerichtet, durch Überwachung des Milchviehs, der Milchgewinnung und Milchpflege reine Milch auf den Markt zu bringen, die ohne Bedenken im rohen Zustande selbst an Säuglinge verabreicht werden könnte. Diesen Standpunkt hat u. a. auch Heubner vertreten, als in der Berliner Medizinischen Gesellschaft am 25. März 1903 über den Säuglingsskorbut (Barlowsche Krankheit) verhandelt wurde. Heubner sagte, dort, wo gute Milch zu haben sei, sei es entschieden vorteilhafter, dieselben den Kindern roh zu verabreichen, als gekocht zu geben.*)

Die Frage der Verwendung von Milch, die schon erhitzt in den Handel gebracht wird, schien erledigt, bis in letzter Zeit der Versuch gemacht wurde, Milch, die in der Gegend der Produktion pasteurisiert wird, auf weite Entfernungen zum Zwecke des Verkaufs als Vollmilch zu versenden. Der Versuch wird jetzt z. B. mit Milch aus Dänemark in Berlin angestellt. Da der Versuch sich nicht bloß auf eine gelegentliche Zufuhr von pasteurisierter Milch beschränken, sondern einen großen Umfang annehmen soll und zweifellos auch die milchreichen Teile Deutschlands veranlassen wird, ihren Milchüberschuß in gleicher Weise, wie es mit dänischer Milch geplant ist, in den großen Städten zu verwenden, ist es Pflicht, auf die Gefahren hinzuweisen, die mit dem wilden, unkontrollierten Verkehr mit pasteurisierter Marktmilch verbunden sein können.

Eine Gefahr ist das Auftreten des Säuglingsskorbuts nach länger dauernder Verabreichung von Milch, die kurze Zeit auf einen hohen oder längere Zeit auf einen niedrigen Wärmegrad erhitzt wurde. Nach den Beobachtungen des Kinderarztes Neumann[1]) ist der Säuglingsskorbut in Berlin häufiger geworden. Neumann führt dies darauf zurück, daß die Milch vielfach pasteurisiert in den Handel kommt und dann im Hause nochmals aufgekocht wird. Neumann verlangt daher den Deklarationszwang für pasteurisierte Milch, damit das Publikum erfährt, ob zum Verkauf gestellte Milch für Kinderernährung geeignet ist oder nicht.

Ob der Säuglingsskorbut durch Verminderung des Lezithingehalts der Milch durch Erhitzen bedingt ist, die sich nach Bordas und Raczkowski beim Erhitzen der Milch über offenem Feuer auf 28 % beläuft, oder durch eine andere Veränderung der Milch steht noch dahin. Darüber bestehen aber keine Zweifel mehr, daß das Erhitzen tiefgreifende Veränderungen der Milch herbeiführt. Wir wissen, daß das Erhitzen ein Ferment zerstört, das Guajakholztinktur verändert, daß es die Gerinnungsfähigkeit der Milch auf Labzusatz aufhebt, daß es Schwefelwasserstoff aus dem Milcheiweiß freimacht, daß gekochte Milch bei neugeborenen Kälbern eine Art Ruhr erzeugt (C. O. Jensen[2]), daß rohe Milch von Kälbern leichter verdaut wird als gekochte (Doane und Price[3]), und daß gekochte Milch endlich bei älteren Kälbern lecksuchtartige Erscheinungen hervorrufen kann (eigene Beobachtungen).

Zweitens hat Flügge[4]) festgestellt, daß die in gewöhnlicher Weise erhitzte, also die gewöhnliche sterilisierte oder pasteurisierte Milch eine sehr gefährliche Giftwirkung entfalten kann. Durch das übliche Sterilisieren und Pasteurisieren werden die peptonisierenden Bakterien nicht getötet, diese wachsen in der sterilisierten und pasteurisierten Milch unter geringer makroskopischer Veränderung derselben weiter, und drei Arten dieser Bakterien bilden so reichlich Gifte, daß ihre Verfütterung bei jungen Hunden starke, zuweilen tödliche Diarrhöen hervorruft. Flügge hat daher gefordert, der Verkauf der in der üblichen Weise erhitzten Milch soll nur unter der Aufschrift gestattet werden:

„Erhitzte Milch. Nicht keimfrei.
Muß unter 18° aufbewahrt oder binnen 12 Stunden verbraucht werden."

Die hier in Betracht kommende Milch ist nach den eigenen Angaben der Importeure[5]) 36 Stunden unterwegs. Hierzu kommt noch als Zeit für Zersetzungen, die Zeit, die vergeht, bis der Berliner Händler die Milch an seine Kunden abliefert, und bis letztere die Milch verwenden. Die Aufbewahrung der Milch während dieser Gesamtzeit bei einer Temperatur von weniger als 18° wird nicht kontrolliert und läßt sich nicht kontrollieren. Deshalb schließt der Verkauf der importierten

*) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene, XIV. Jahrg., S. 92.

[1]) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene, lauf. Jahrg., S. 157.
[2]) Monatshefte für praktische Tierheilkunde 4. Bd., S. 97/124 und Kolle-Wassermann 3. Bd., S. 782.
[3]) Zeitschr. für Fleisch- u. Milchhygiene 1904, S. 389.
[4]) Zeitschr. für Hyg. u. Infektionskrankheiten 17. Bd., 2. H.
[5]) Vossische Zeitung, Nr. 293, II. Beilage.

pasteurisierten Milch die von Flügge ermittelte Gefahr ein. Daß die Milch aus Dänemark kommt, ist gleichgültig. Sie würde ganz ebenso zu beurteilen sein, wenn sie aus soweit entfernten Gegenden Deutschlands käme, daß sie einen $1\frac{1}{2}$ tägigen Transport durchzumachen hätte.

Drittens verdeckt, wie C. O. Jensen*) hervorhebt, das Pasteurisieren Zersetzungsvorgänge, die vor dem Pasteurisieren bestanden haben. Die pasteurisierte Milch kann infolge von Zersetzungsvorgängen vor dem Pasteurisieren giftige Stoffe enthalten, ohne daß dies der Käufer an dem Aussehen oder Geschmack der Milch zu erkennen vermag. Bei der rohen Milch ist dies bekanntlich anders.

Viertens fault pasteurisierte Milch. Rohe Milch fault nicht. Diese hat, wie Bienstock gezeigt hat, einen natürlichen Schutz gegen die Fäulnis durch Coli- und Aerogenesarten, die durch das Erhitzen zerstört werden. Rohe Milch vermag selbst Fleisch gegen Fäulnis zu schützen, gekochte nicht. Jensen betont, daß sich die Fäulnisbakterien in der pasteurisierten Milch sehr schnell vermehren und daß sie unzweifelhaft auch imstande sind, giftige Stoffe in der Milch zu bilden. Beim Ankauf pasteurisierter Milch kann man auch gewöhnlich nicht sehen, ob Fäulnisvorgänge ihren Anfang genommen haben, und ob die Milch viele oder nur wenige Bakterien enthält. Untersuchungen, die die Gesundheitskommission in Kopenhagen im Jahre 1899 angestellt hat, haben nach Jensen ergeben, daß von 142 Proben pasteurisierter 98 genau so wie 9 Proben roher Vollmilch einen Keimgehalt von 100 000 bis über zehn Millionen im ccm aufwiesen, wobei zu beachten ist, daß die in der rohen Milch angetroffenen Bakterien hauptsächlich aus den jedenfalls für den Erwachsenen unschuldigen Milchsäurebakterien bestanden, während in der pasteurisierten Milch die Hauptmasse der Bakterien Fäulniskeime bildeten.

Alle diese Gefahren rechtfertigen, wie ich meine, besondere Maßnahmen gegen den geplanten wilden Vertrieb von pasteurisierter Milch. Bis diese Maßnahmen ergriffen werden, ist es notwendig, die Konsumenten auf die Gefahren hinzuweisen, die mit dem Genuß von unkontrolliert in den Verkehr gebrachter pasteurisierter Milch verbunden sein können, und den Milchhändlern nahezulegen, die pasteurisierte Milch als solche zu deklarieren, damit die Käufer nicht wider ihren Willen diese Milch als Nahrungsmittel erwerben.

Eine eigenartige Verbrennung des Trommelfells.

Von

Prof. Dr. **Haug**-München.

Am 24. Januar 1905 stellte sich ein 48jähriger, bisher immer ohrengesunder Mann vor mit der Angabe, er habe seit einigen Stunden intensive Schmerzen im linken Ohr, da ihm etwas ins Ohr hineingekommen sei, wahrscheinlich ein Stückchen eines Zündholzkopfes. Er habe nämlich in dem Augenblick, in dem ein Freund, gegen den er seitlich gewendet gestanden sei, ein schwedisches Zündholz anstrich, um sich eine Zigarre anzuzünden, einen stark stechenden Schmerz im Ohr verspürt.

Die objektive Untersuchung ergab das linke Trommelfell ganz stark hellrot verfärbt. Die hellrote Farbe kondensierte sich in der hinteren Hälfte zu einem dunkellividen Mattrot und in der Mitte dieser dunkelroten Stelle, etwa über der Grenze des hinteren unteren Segmentes, gerade in der Mitte, fand sich ein kleiner zirka stecknadelkopfgroßer, dunkler, grauschwarzer, prominenter Punkt, der allenthalben von einer schmalen, weißlich grauen Zone umzogen ist. Bei der Berührung mit der Sonde fühlte sich das Pünktchen derb und hart an und fällt aber bei etwas derberer Berührung auch sofort ab, einen scharf kontourierten runden Substanzverlust hinterlassend.

Es erwies sich, mit der Pinzette herausgeholt, tatsächlich als ein kleines Sprengstück eines schwedischen Zündholzes.

Die Hörweite war auf der erkrankten Seite nur verhältnismäßig wenig herabgesetzt; er hörte noch auf sieben Meter ganz gut Flüstersprache.

Die Terapie bestand in einfacher Okklusion des Meatus mit Ohrengaze und Verbot des Schnäuzens, was übrigens Patient schon von selbst nach Möglichkeit auszuschalten suchte, da er sofort Schmerzen bekommen hatte bei einem Versuch.

Zum Glück hatte Patient keines der Volksmittel gegen Ohrenschmerzen angewandt, keine Einträufelung von Öl oder Ausspritzung ausgeführt. Diesem Umstande wohl in erster Linie hatte er es zu verdanken, daß der Verlauf ein sehr guter und schneller war, indem sich nach einer leichten, bald vorübergehenden dünnen, serösen Secretion aus der Umgebung der Brandwunde der kleine Substanzverlust mit Epithel überzog und das Trommelfell rasch abblaßte. Bereits am sechsten Tage konnte völlige Heilung konstatiert werden; es schilferte lediglich das Trommelfell in der hinteren Hälfte, hauptsächlich an den mitverbrannten Umgebungsteilen der Ulcerationsstelle.

Der Fall ist eigentümlich wegen seiner Entstehungsweise; er zeigt uns wieder einmal, daß auch die sogenannten schwedischen Sicherheitszündhölzchen — es handelt sich hier um die roten mit gelbem Kopf und also angeblich die beste Qualität — absolut keine Garantie gegen dieses gefährliche Abspringen der Köpfe geben. Daß das Sprengstück so leicht auf das Trommelfell gelangen konnte, ist, abgesehen von dem unglücklichen Zufall, in erster Linie auf den sehr großen und weiten, sowie sehr geraden Gehörgang des Patienten zu schieben. Bei einem engeren und mehr gewundenen Gehörgang wäre das wohl schwerlich passiert; hier wären die Gehörgangswandungen die betroffene Partie geworden. Ebenso wäre am Trommelfell nichts passiert, wenn eine größere Menge Cerumen in ihm gewesen wäre, allein es war hier gar keines vorhanden, weil der Mann sich sehr häufig die Ohren gerade des Schmalzes halber ausspritzt. Ist aus der Affäre für den Betroffenen auch nichts weiter erwachsen als eine relativ kurze, qualvolle Schmerzenszeit, so zeigt doch der Vorfall, wie vorsichtig man beim Gebrauch solcher Hölzer in jeder Beziehung sein muß; am Auge wäre die Sache vielleicht weniger gut ausgefallen.

Referate.

Innere Medizin.

Untersuchungen über die Ätiologie der Pocken, der Maul- und Klauenseuche, des Scharlachs und der Syphilis.

Von John Siegel-Berlin.

(Medizin. Klinik 1905, Nr. 18.)

Siegel gibt hier den Inhalt des Vortrags wieder, den er in der Sitzung des Reichsgesundheitsrates vom 20. März d. J. gehalten hat. Er hat bei den vier Krankheiten Parasiten gefunden, die anscheinend derselben Protozoengattung angehören. Der Entwicklungsgang dieses Parasiten, des „Cytorhyctes", wird an einer Tafel ausführlich erläutert. Artunterschiede der Parasiten bei den verschiedenen Krankheiten sind bisher nicht nachweisbar. Wahrscheinlich liegen die Verhältnisse hier ähnlich wie im Anfang der bakteriologischen Aera bei den Bakterien, oder wie noch heute bei den Trypanosomen. Dagegen gibt einen deutlichen Artunterschied der Sitz der Parasiten in der

*) Grundriß der Milchkunde und Milchhygiene, S. 130/131.

erkrankten Haut ab. Die bekannten Guarnierischen Körperchen in der Cornea vaccinierter Kaninchen sind nach Siegel Vermehrungsformen des Cytorhyctes. Die Sonderstellung der Syphilis zeigt sich daran, daß bei ihr der Parasit im Bindegewebe in den und um die Gefäße zu finden ist. Siegel ist auch überzeugt, die Syphilis auf Kaninchen überimpfen zu können. Mittelst einer veränderten Impftechnik glaubt er Blutinfektion und typische Gefäßerkrankung der Iris erzeugen zu können. In einem Nachtrag erwähnt Siegel, daß es Piorkowski gelungen ist, bei einem Pferde durch Impfung mit Syphilisblut typische Papeln zu erzeugen. (Bei der Vorstellung in der Berliner medizinischen Gesellschaft wurde die Spezifizität der Erkrankung stark bezweifelt. Ref.). Mit dem Blut dieses Tieres hat er ein zweites Pferd mit gleichem Erfolg geimpft. Bei mikroskopischer Untersuchung einer Papel des zweiten Pferdes fand Siegel darin den Cytorhyctes luis. Lehfeldt.

Ruhrepidemie in Duisburg im Jahre 1904.

Von Kreisarzt Dr. Bahr in Duisburg.

(Zeitschr. f. Med. Beamte 1905. Nr. 10, S. 301.)

Am 7. August 1904 erkrankte eine Frau an Ruhr. Die Kranke war etwa sieben Tage lang nicht isoliert, da die Diagnose schwankte. An diesen Fall schlossen sich 20 Erkrankungen, deren Zusammenhang mit demselben erwiesen werden konnte; außerdem drei, bei denen es zweifelhaft blieb. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Am meisten gefährdet sind Personen, die mit der Pflege Ruhrkranker betraut sind; drei der Fälle gehören dahin. Die Übertragung kann durch Gegenstände wie Leib- und Bettwäsche erfolgen (zwei Fälle). Sie kann durch Gesunde übertragen werden, was hier durch drei Personen geschah. Endlich können scheinbar Genesene noch die Ruhr verbreiten, wenn Krankheitszeichen nicht mehr nachzuweisen sind. So erfolgte hier die Erkrankung eines Wärters erst drei Monate nach Beginn seiner Tätigkeit bei einem Kranken, der nach abgelaufener Ruhr an Inkontinenz des Darmes in Behandlung blieb. Über den bakteriologischen Beweis dieser an sich wahrscheinlichen Annahmen wird indessen nichts mitgeteilt. Ktg.

Über die vermeidbaren Impfschäden.

Von Dr. Georgii, Maulbronn.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 9, S. 269.)

Viele Impfschäden, die noch vor zehn Jahren als unvermeidlich galten, müssen heute zu den vermeidbaren gezählt werden. Damit alle vermeidbaren Impfunfälle tatsächlich auch vermieden werden, müssen eine Anzahl von prinzipiellen Forderungen erfüllt werden. In der Anlage 3 der Bundesratbeschlüsse vom 28. Juni 1899 werden unter den Vorschriften, welche von den Behörden bei der Ausführung des Impfgeschäfts zu befolgen sind, auch genügend große, helle, gereinigte Räume gefordert. Mobiliar wird als selbstverständlich angenommen. Häufig ist es nicht genügend vorhanden. Ohne dieses, namentlich Waschgelegenheit, Seife, Handtücher usw. ist eine aseptische Durchführung der Impfung nicht möglich. Die Schreibhilfe, die bereit zu stellen ist, besteht häufig aus ungewandten Personen.

Die Mitwirkung der Lehrer gegen Bezahlung von 1,50 M. für die erste und 1 M. für die folgenden Stunden wird empfohlen. Für die Impfungen der Privatärzte scheint eine Zimmerdesinfektion vor der Impfung wünschenswert, da gerade im Sprechzimmer des Privatarztes reichlich Gelegenheit zur Ansteckung mit azidentellen Wundkrankheiten usw. gegeben ist. Die Verhaltungsvorschriften für die Angehörigen der Impflinge werden häufig nicht gelesen und deren Annahme überhaupt verweigert, mit der Bemerkung, daß man privatim impfen lasse. Dem läßt sich nur dadurch abhelfen, daß die Ausstellung einer Empfangsbescheinigung vorgeschrieben und die Verweigerung der Annahme verboten wird. Desinfektion der Hände des Arztes im streng chirurgischen Sinne vor jeder einzelnen Impfung ist nicht durchführbar, aber auch nicht nötig, ebensowenig wie eine Desinfektion der Impfstelle. Es genügt, darauf zu halten, daß die Kinder nur im gewaschenen Zustande zur Impfung erscheinen und ungewaschene unweigerlich weggeschickt werden. Schutzverbände würden ganz unnötig sein, wenn sich für die Lymphe ein anderes ebenso gutes Verdünnungsmittel wie das Glyzerin finden ließ, welches eine rasche, vollständige Vertrocknung des aufgetragenen Impfstoffes zulassen würde? Dann würde die Gefahr der Verschmierung durch Kleidung und Finger beseitigt. J. Meyer-Lübeck.

1. Einige kurze Bemerkungen zu der Abhandlung des Herrn Kreisarztes Dr. Lembke: Eine Paratyphusepidemie im Kreise Kreuznach.

Von Kr.-Ass.-A. Dr Lentz Leiter der Kgl. bakteriol. Untersuchungsstelle in Saarbrücken.

2. Einige weitere Bemerkungen zu derselben Abhandlung.

Von Kr.-Ass.-A. Dr. Friedel in Koblenz.

(Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1905, Nr. 10. S. 305 bzw. 306.)

Dr. Lentz vervollständigt die betreffende Arbeit durch den Hinweis auf das Ergebnis der bakteriologischen Untersuchung, welche in allen vier Fällen die Diagnose bestätigte. Dieselbe Feststellung gelang Dr. Friedel im bakteriologischen Laboratorium zu Koblenz. Lentz macht außerdem darauf aufmerksam, daß die Sobernheimer Paratyphusepidemie wahrscheinlich viel mehr Fälle umfaßt hat. Denn die Erfahrung zeigt, daß es eine große Reihe von Infizierten gibt, die kaum krank erscheinen und niemals die Blutreaktion zeigen, während in ihren Stühlen wochenlang Paratyphusbazillen nachzuweisen sind. L. schließt, daß die Verbindung zwischen den bekannt werdenden schwereren Fällen in der Regel durch ganz leicht Erkrankte oder gesund bleibende Infizierte hergestellt wird. Ktg.

Ein Fall von Stomatitis aus klinischem und bakteriologischem Gesichtspunkt. Bacterium stomato-foetidum, ein aërober Fäulniserreger.

Von Dr. T. Fischer-Stockholm.

(Ztschr. f. Hygiene und Infektionskrankheiten. Bd. 49, Heft 3.)

Ein 24jähriger kräftiger Mann, der außer einer längst geheilten Gonorrhöe nie eine Krankheit durchgemacht hat, erkrankt mit den Symptomen einer Angina.. Daran schließt sich eine sehr heftige Angina mit dicken, schmierigen, später zerfließenden Belägen. Außer der ganzen Mundschleimhaut werden allmählich auch die Schleimhäute des Larynx, der Nase, der Konjunktiven, der Urethra befallen. Längerdauerndes Fieber, sehr starker Foetor. Nach etwa vier Wochen völlige Heilung. Der anfänglich gehegte Verdacht auf Diphtherie wird durch die Untersuchung nicht bestätigt. Dagegen findet sich in den Sekreten aller Schleimhäute ein kurzes Stäbchen, das mit keiner bekannten Bakterienart zu identifizieren ist. Fischer beschreibt die morphologischen und biologischen Eigenschaften dieses Stäbchens, das er Bacterium stomato-foetidum nennt, ausführlich. Er hält es für den Erreger der Krankheit, zumal seine Kulturen Fäulnis mit sehr starkem Foetor hervorrufen. Impfversuche auf der Schleimhaut von Tieren fielen freilich negativ aus. Auffällig ist es, daß das Bacterium stomato-foetidum Fäulnis erregt, obwohl es aërob lebt; bisher nahm man mit Bienenstock an, daß alle Fäulniserreger Anaëroben seien.

Lehfeldt.

Anzahl von Badenden benutzt wird. Es kann daher Infektion von Person zu Person übertragen werden; es können aber auch Keime sich an den Wänden und auf dem Boden des Bassins ansiedeln und dann wieder frisch hinein gelassenes Wasser infizieren. Tatsachen, welche die Möglichkeit der Verbreitung von Infektionskrankheiten durch Badeanstalten beweisen, sind bekannt.

Die wichtigste Maßregel, um derartigen Vorkommnissen vorzubeugen, ist eine häufige Erneuerung des Wassers. Die völlige Erneuerung des Wassers ist namentlich bei Bädern, die mit Leitungswasser gespeist werden, immer mit erheblichen Kosten verknüpft. Viele Badeanstalten wechseln daher das Wasser nicht sehr häufig, manche nur einmal in der Woche. Ein schlechter Notbehelf ist eine öftere teilweise Erneuerung. Hierdurch wird wohl eine Verdünnung etwaiger Infektionsstoffe, aber keine Fortschaffung derselben bewirkt. Ein brauchbarer Maßstab zur Beurteilung des Wassers ist bisher nicht gefunden und es ist daher die Grenze, wie lange Wasser im Bassin bleiben darf, schwer zu bestimmen. Im allgemeinen ist eine weniger häufige völlige Erneuerung des Wassers zweckmäßiger, weil dann das Bassin besser und häufiger gereinigt werden kann. Diese Reinigung geschieht am besten durch Schrubber und einen starken Wasserstrahl, einmal in der Woche, unter Benutzung von desinfizierenden Flüssigkeiten. Für die Reinigung ist auch Bauart und Material des Bassins sehr wichtig. Alle scharfen Ecken und Winkel sind zu vermeiden. Das beste Material ist glatter Zement. Die oft benutzten Kacheln haben zu viele Fugen: Glasplatten sind nicht widerstandsfähig genug. Keiner darf in das Bad steigen, ehe er zuvor gründlich gereinigt ist. Die darauf bezüglichen Vorschriften müssen streng kontrolliert werden, die Abseifevorrichtungen müssen möglichst weit vom Bassin liegen, damit kein Schmutz in dasselbe geraten kann. Ein Mangel, der bisher noch nirgends gerügt ist, ist der, daß in keiner Anstalt eine Vorschrift besteht, wie viele Personen gleichzeitig baden dürfen. Wenn zu viele Personen sich zugleich im Bassin befinden, wird die Infektionsmöglichkeit erheblich gesteigert. Ein weiterer Übelstand ist die Zulassung von Nichtschwimmern im Bassin, wenigstens für solche Badeanstalten, welche mit ihrem Wasser sparen müssen. Sie haben von dem Bassin keine Vorteile und können dieselbe Wirkung des Bades im Einzelbade erreichen. Die Verunreinigung des Wassers durch die Nichtschwimmer ist aber dieselbe wie bei den Schwimmern. Bei reichlichem Wasser soll man sie dagegen zulassen, denn aus den Nichtschwimmern rekrutieren sich eben die Schwimmer.

Die Einzelbäder in Wannen werden meist mit völlig einwandfreiem Leitungswasser gespeist, welches nach jedesmaligem Gebrauch entfernt wird, um dann die Wanne vor dem Neugebrauch gründlich zu säubern. Noch einwandfreier sind die Brausebäder. Sie stellen eigentlich in Beziehung auf das vorliegende Thema die idealste Badeart dar, denn bei ihnen fließt jedes benutzte Wasserteilchen sofort vom Körper ab und tritt dann weder mit demselben, noch mit anderen Körpern mehr in Berührung. Der Wasserverbrauch ist dabei der geringste. Diese Bäder finden deshalb ausgedehnteste Verwendung in den Volksbadeanstalten. Als Faktoren für die Möglichkeit der Übertragung von Infektionskrankheiten, die allen Badeanstalten gemeinsam sind, sind die baulichen Einrichtungen und die beim Baden nötigen Gebrauchsgegenstände zu nennen. Hier muß die erste Forderung Reinlichkeit und Reinhaltung unter dem Einflusse einer intensiven, tageshellen Erleuchtung sein. Gebrauchsgegenstände müssen am besten im Besitze des Einzelnen sein. Unstatthaft ist es jedenfalls, derartige Gegenstände in die einzelnen Zellen zu allgemeiner Benutzung zu legen. Die Badewäsche, welche von den Anstalten ausgeliehen wird, muß vor dem jedesmaligem Gebrauch nicht nur gewaschen, sondern auch ausgekocht sein.

Im allgemeinen muß man sagen, daß die Infektionsmöglichkeit durch den Besuch von Badeanstalten keine allzugroßen und daß sie leicht zu beseitigen sind. Die größten liegen offenbar bei den Schwimmbädern, die geringsten bei den Brausebädern vor. Trotzdem sind die Schwimmbäder den Brausebädern vorzuziehen. Will man das regelmäßige Baden wieder zum Allgemeinbedürfnis machen, so muß man es populär machen, das geschieht aber nur durch Schwimmbäder nicht durch Einzelbäder. Es liegt auch kein Grund vor, sich über die Gefahren der Schwimmbäder zu beunruhigen. Die oben angegebenen Maßregeln genügen, um die Möglichkeit der Übertragung ansteckender Krankheiten durch Schwimmanstalten zu einer minimalen zu machen.

J. Meyer, Lübeck.

Die Widerstandsfähigkeit verschiedener Bakterienarten gegen Trocknung und die Aufbewahrung bakterienhaltigen Materials, insbesondere beim Seuchendienst und für gerichtlich-medizinische Zwecke.

Von Prof. Heim-Erlangen.

(Zeitschr. für Hygiene und Infektionskrankheiten, Bd. 50, Heft 1)

Viele Bakterien lassen sich im Laboratorium nur durch häufige Überimpfung und andre umständliche Manipulationen lebens- und widerstandsfähig erhalten. Um diesem Übelstand aus dem Wege zu gehen, trocknet Heim das Material ein. Er fand, daß dabei viele Bazillen, z. B. die des Tetanus, des Mäusetyphus, der Diphtherie, des Milzbrandes sich über ein Jahr und länger lebensfähig hielten. Besonders geeignet ist die Methode für Untersuchung von bazillenhaltigen Flüssigkeiten, wie Blut und Eiter. Seidenfäden werden in die Flüssigkeit eingetaucht und dann in Röhren aufbewahrt, die eine hygroskopische Substanz (am zweckmäßigsten Chlorcalcium) enthalten. Die Fäden sind dann für die Untersuchung jederzeit gebrauchsfähig.

Lehfeldt.

Säuglingsschutz und Säuglingssterblichkeit.

Von A. Schloßmann in Dresden.

(Med. Klinik 1905. Nr. 23, S. 569.)

440 529 Säuglinge sind 1903 im Deutschen Reich im ersten Lebensjahre gestorben. Von allen Sterbefällen kommen 34,5 % auf diese Kategorie. In Sachsen sogar 42,3 %. Verf. läßt den Einwand nicht gelten, daß die Säuglingssterblichkeit ein Ventil gegen die Übervölkerung sei. Er hält die Volksvermehrung für den nationalen Wohlstand für ersprießlich; auch wird die Geburtenfolge langsamer, wenn viele Kinder am Leben bleiben. Ferner sieht S. einen großen Verlust an Nationalvermögen darin, daß die Aufwendungen verloren sind, die für das Kind bis zu seinem Tode gemacht wurden. Endlich sei es nicht richtig, daß hauptsächlich die Schwachen zugrunde gehen; im Gegenteil liege ein besonderes Verhängnis darin, daß von den mit mangelhafter Pflege einhergehenden Krankheiten, z. B. Brechdurchfällen, die kräftigsten Kinder ebenso dahingerafft werden, wie die dekrepiden. Daß die Säuglingssterblichkeit keine Selektionserscheinung im Sinne Darwins ist, geht auch daraus hervor, daß ihr Anwachsen mit einer Verminderung der Militärtauglichen unter den Überlebenden Hand in Hand geht.*) Denn dieselben üblen Lebensbedingungen, welche den Tod so vieler Kinder im ersten Lebensjahre verursachen, beeinflussen auch die Entwicklung der übrig bleibenden und heranwachsenden ungünstig. Gründliche Abhilfe ist nur zu hoffen, wenn man den Kindern wieder die Ernährung an der Mutterbrust in höherem Maße sichert. An der physischen Eignung der Frauen dazu ist nicht zu zweifeln, wohl aber an der sozialen. In den oberen Ständen kämpft die Frau um die Stellung im Berufsleben neben dem

*) Vgl. meine Besprechung des v. Voglschen Buches: die wehrpflichtige Jugend Bayerns in Nr. 205 der Zeitung.

Manne; in den unteren hat der Kampf um das Dasein (der doch durch die Übervölkerung andauernd verschärft wird, Ref.) die Frau viel mehr als früher zum Broterwerbe gedrängt. Beides entfremdet sie ihrer häuslichen Position und macht ihr besonders die Ausübung der Mutterpflicht zur Last. (Das ist auch einer der wirtschaftlichen Gründe für die zunehmende freiwillige Beschränkung der Kinderzahl! Ref.) — Verf. fordert vor allem erhöhten Mutterschutz; Einrichtungen, welche auch den im Berufsleben stehenden Frauen längere Zeit vor der Niederkunft und mindestens acht Wochen nachher auskömmliche Schonung und Unterstützung gewähren. Damit soll eine viel strengere ärztliche Beaufsichtigung der in fremder Pflege untergebrachten Kinder und der Milchversorgung verbunden werden, damit auch diejenigen Säuglinge einwandfreie Wartung und Ernährung erhalten, denen die natürliche nicht zu Teil werden kann.

Dem ist gewiß zuzustimmen. Aber ich meine doch, daß die erschreckende Zunahme der Säuglingssterblichkeit in gewissem Grade mit dem Eindringen der Frauen in die Männerberufe zusammenhängt. Die Ausführungen des Verfassers sind m. E. ein starker Protest gegen eine weitere Entwicklung nach dieser Richtung, so viel auch agitatorisch für diese gekämpft wird. Die unendliche Mehrzahl der Berufsarten des Mannes verlangt im heutigen Kampf ums Dasein die volle Hingabe der Arbeitskraft und Arbeitszeit. Welcher Beruf, den heute Frauen anstreben, kann sich wohl einen so umfänglichen, wiederholten Ausfall gefallen lassen, wie ihn der vom Verfasser geforderte „Mutterschutz" mit sich bringen müßte! Die Frau gehört eben nicht in viele Berufe, die sie heute fordert; gerade ihr Geschlechtsleben schließt sie aus. Ein gewisses Korrektiv liegt darin, daß für eine sehr bedeutende Anzahl von Angehörigen des weiblichen Geschlechtes, zumal in den sogenannten höheren Ständen, die „Frauenfrage" erst beginnt, wenn die Aussicht auf die Ehe endgültig geschwunden ist, die ja nur etwa eine auf fünf erreicht. — Im übrigen ist jedes Streben zu unterstützen, welches auf Verbesserung des Lohns der Frauen gerichtet ist, die gezwungen sind, fürs tägliche Brod zu arbeiten. Ktg.

Zur Frage der Konservierung der Milch durch Formaldehyd, speziell zum Zwecke der Säuglingsernährung.

Von Dr. Leo Schaps,
chem. Assistenzarzt am Dresdener Säuglingsheim.
(Zeitschr. f. Hyg. und Infektionskrankheiten. 50. Band. 2. Heft. 1905, S. 247.)

Die von von Behring angeregte Verwendung von Formaldehyd zur Konservierung von Nahrungsmitteln hat keine Anerkennung gefunden, weil es den damit versetzten Nahrungsmitteln einen widerwärtigen Geschmack mitteilt und weil seine Unschädlichkeit nicht erwiesen ist. Verf. stellte zunächst fest, daß v. B's. Behauptung nicht zutrifft, nach der Zusätze von 1:4000 für Geruch und Geschmack nicht mehr wahrnehmbar sein sollen. Noch die zehnfache Verdünnung war deutlich zu erkennen. Kultur- und Impfversuche ergaben, daß Zusätze bis zu 1 auf 5000 in Milch das Wachstum weder von Staphylococcus noch von Tuberkelbazillen verhinderten, wenn auch eine Verlangsamung — proportional dem Zusatze — eintrat.

Nach Tierversuchen nahm Behring an, daß ein Formalinzusatz bis zu 2 ‰ unschädlich sei. Verf. teilt „zur Warnung" das Obduktionsprotokoll eines Säuglings mit, der 20 Tage lang Milch erhalten hatte, die durch Formalinzusatz von 1:10000 konserviert war. Der Dünndarm war 70 cm lang vom Pylorus in abnehmender Intensität mit Geschwüren besetzt, welche sich in der mikroskopischen Untersuchung als entzündlicher Art erwiesen. Verf. hält danach weitere Prüfung an lebenden Kindern nur für erlaubt, wenn die Prognose quoad vitam absolut ungünstig ist. [Darin trete ich ihm nicht bei, erachte vielmehr die Fortsetzung solcher Versuche für unerlaubt, ja straffällig, nachdem ihre Schädlichkeit erwiesen ist. Daß eine so ausgedehnte Verätzung des Darmes den Exitus beschleunigt haben muß, dürfte kaum zu widerlegen sein. Ref.] Ktg.

Über die Entstehung, Erkennung und Behandlung undichter Fleischkonservebüchsen.

Von Prof. D. E. Pfuhl in Berlin.
(Zeitschr. für Hyg. u. Infekt. Krkhtn. 50 Band, 2. Heft, 1905, S. 317.)

In der auf S. 204 der Zeitung besprochenen Arbeit hatte Pf. darauf hingewiesen, daß selbst nach sorgfältiger Sterilisation noch Büchsen mit lebensfähigen Keimen vorkommen. Das stammt von Undichtigkeiten feinster Art, die teils durch Schäden im Blech, teils durch Mängel am Deckelfalz oder — bei viereckigen Büchsen — an den Umbiegungsstellen bedingt werden. Die Undichtigkeiten markieren sich durch Austritt von Bouillon; solche Büchsen verderben rettungslos, wenn ihre Beschaffenheit nicht sofort gefunden wird. Verf. prüfte die Methoden nach, deren man sich dazu bedient. Der für die Großfabrikation sicherste Weg ist der, daß man die kurz zuvor sterilisierten Büchsen, wenn sie eben abgekühlt sind, in kochend-heißes Wasser setzt. Undichte Büchsen haben beim Abkühlen Luft aufgenommen; bei der Ausdehnung des Inhaltes im heißen Wasser wird sie herausgepreßt und tritt in Blasen an die Oberfläche. Die andere Methode besteht darin, die noch heißen Büchsen mit der Luftpumpe zu behandeln. Undichtigkeiten markieren sich durch Bouillonaustritt in den luftverdünnten Raum. Pf. hält es für geboten, alle undicht befundenen Büchsen sofort zu öffnen, umzupacken oder anderweitig zu verwenden. Man kann sich vorstellen, daß der Geschmack des Inhaltes solcher mehrmals sterilisierter Büchsen nicht gerade gewinnt. Ktg.

Unfall und Krankenfürsorge, sowie Wohlfahrtseinrichtungen beim Bau des Simplontunnels.

Von E. Haffter.
(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, Nov. 1904, S. 693.)

Die Simplondurchbohrung ist nicht nur die räumlich größte aller bisherigen derartigen Ausführungen, sondern bot auch sonst ungeahnte Schwierigkeiten, deren Überwindung fast übermenschliche Kraft und Energie erforderte und an die Technik die ungeheuerlichsten Anforderungen stellte. Zu diesen Schwierigkeiten gehörte auch die Erzielung einer genügenden Ventilation im Tunnel, um die Arbeit überhaupt zu ermöglichen, da an manchen Stellen die Gesteinstemperatur fast 57 Grad betrug. Die Lösung dieser Frage war nur möglich durch die gleichzeitige Herstellung eines zweiten Stollens, des Parallelstollens, durch den man 1500 cbm Luft per Minute, d. i. 3 cbm pro Mann und Minute an die Arbeitsstelle bringen konnte.

Um eine Abkühlung zu erzielen, mußten stündlich zwei Millionen Wärmeeinheiten entfernt werden. Diese Abkühlung geschah durch Kühlwasser, welches in einer besonderen isolierten Leitung in den Berg geleitet wurde. Die Isolierung wirkte so gut, daß man am Ende der isolierten Leitung im Sommer Wasser von 15 Grad, im Winter von 5—6 Grad hatte. Zur Kühlung der Luft wird das Wasser an besonderen Stellen des Stollens durch nach oben gerichtete Streudüsen fein zerstäubt. Dieser Wasserstaub füllt das ganze Profil des Stollens aus. Die Luft muß diese Stelle passieren und gibt hier ihre Wärme ab. Sie verliert aber auch einen Teil ihres Wassergehalts und ist daher an den Arbeitsstätten relativ trocken.

Neben dieser wesentlichsten Fürsorge für gute Luft an der Arbeitsstätte war auch für das körperliche Wohl der Arbeiter im übrigen in vorzüglicher Weise gesorgt. Die Arbeitszeit war nicht zu lang, acht Stunden; zur Arbeitsstelle wurden die Arbeiter mit besonderen Transportzügen befördert.

Am Tunneleingang war Gelegenheit zum Waschen und Baden und zum Wechseln der Kleider, um die Gefahren der Erkältung beim Übergang aus dem Tunnel in die rauhe Außenluft zu vermeiden. Durch peinliche Reinhaltung und die starke Lüftung gelang es auch, den furchtbarsten Feind der Minenarbeiter, die Wurmkrankheit, gänzlich zu vermeiden.

Die Gesamtausgaben der Baugesellschaft für Unfall und Krankenwesen und zur Wohlfahrt der Arbeiter betrugen vom Beginn der Arbeiten 1899 bis Ende 1903 2 615 000 Fr. bei einem mittleren Arbeiterstand von 4000 Köpfen. Davon fallen auf die Prophylaxe (Spitalbauten, Bäder und Waschanstalten, Wohnhäuser und Herbergen, Versicherungsprämien, nicht eingerechnet die großen Vorkehrungen, welche beim Tunnelbau zum Schutze der Arbeiter nötig wurden) 2 002 500 Fr., auf die Entschädigung und Verpflegung der Kranken und Verunglückten 612 500 Fr. Man sieht also hieraus, je größer und wirksamer die Vorbeugungsmaßregeln, desto geringer der Krankenstand.

J. Meyer-Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Der internationale medizinische Kongreß für Unfallverletzte in Lüttich.

Eigenbericht der „Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung."

In der Zeit vom 30. Mai bis 5. Juni d. J. fand in Lüttich der I. internationale medizinische Kongreß für Unfallverletzte unter reger Beteiligung von Ärzten aus den verschiedensten Ländern statt. Besonders stark vertreten waren die Franzosen und Belgier, aber auch aus Deutschland war die Beteiligung eine nicht geringe. Das Programm des Kongresses zeigte große Reichhaltigkeit. Die Verhandlungen fanden im Hörsaal der Universität Lüttich statt. Die Vorbereitungen zum Kongresse hatte ein provisorisches Komitee getroffen, dessen Vorsitzende Prof. von Winiwarter, Chirurg in Lüttich, und Dr. Möller, Mitglied der Königl. medizinischen Akademie, waren, während das Sekretariat Dr. Poëls-Brüssel übernommen hatte.

In der ersten Sitzung des Kongresses wurde dieses provisorische Komitee von der Versammlung mit der Kongreßleitung betraut. Die Verhandlungen fanden zumeist unter dem Vorsitz von Winiwarters statt.

Das erste Thema, welches den Kongreß beschäftigte, war die Feststellung des Begriffs „Betriebsunfall". Die Behandlung dieses Themas hatte ihre Schwierigkeiten infolge der Verschiedenheit der Gesetzgebung in den einzelnen Ländern. Belgien hat z. B. eine Versicherung für Unfälle, aber nicht für Krankheiten. Es besteht daher unwillkürlich das Bestreben, dem Begriff Betriebsunfall eine möglichst große Ausdehnung zu geben und professionelle Krankheiten mit einzuschließen. Der Kongreß erklärte, daß in diesen Verhandlungen lediglich der medizinische Standpunkt präzisiert werden soll. Den einzelnen Ländern müsse es überlassen bleiben, bei gesetzlichen Bestimmungen diesen Standpunkt zu berücksichtigen. In vorzüglicher Weise definierte nach dem belgischen Gesetz Dr. Poëls-Brüssel Betriebsunfall in folgender Weise:

„L'accident est une atteinte à l'organisme humain causée par l'action soudaine d'une force extrérieure dépendant d'un événement soudain et anormal, ainsi que toute affection nerveuse et tout trouble psychique provoqués par cet événement." (Der Betriebsunfall ist eine Verletzung des menschlichen Körpers, verursacht durch die plötzliche Einwirkung einer äußeren Kraft infolge eines plötzlichen außergewöhnlichen Ereignisses usw.)

In ähnlicher Weise äußerte sich Dr. Kooperberg-Amsterdam auf Grund des holländischen Gesetzes.

Mehrere weitere französische und belgische Redner behandelten das Thema „Betriebsunfall und Betriebskrankheit", wobei sie Bezug nahmen auf die in ihren Ländern vorhandenen diesbezüglichen Gesetze. Dr. Thébault-Paris stellte zur Unterscheidung von Betriebsunfall und Berufskrankheit folgende Thesen auf:

1. Jede sofort auftretende Störung des Organismus, welche durch die Arbeit oder bei Gelegenheit der Arbeit verursacht wird durch irgend ein äußeres Ereignis, mechanischer, physischer oder chemischer Art, dessen Wirkung eine einmalige ist und sich nicht wiederholt, bedeutet einen Betriebsunfall.

2. Jede Störung des Organismus, welche durch die Arbeit oder bei Gelegenheit der Arbeii verursacht wird durch irgend ein äußeres Ereignis mechanischer, physischer oder chemischer Art, dessen Wirkung eine fortgesetzte ist, bedeutet eine Berufskrankheit.

Einen weiteren Punkt der Tagesordnung bildete die Frage, ob ein Bruch (Hernie), die Folge eines Betriebsunfalles ist oder nicht. Von Deutschen sprach hierzu Dr. Liniger-Bonn, welcher auf Grund umfangreicher Untersuchungen zu dem Ergebnis kam, daß es, wenn auch selten, Fälle gäbe, in denen man nicht umhin könne, den Bruch als einen Betriebsunfall anzusehen. In der Debatte gab Prof. Thiem-Kottbus eine kurze Übersicht, wie man sich in Deutschland bisher zu dieser Frage gestellt habe, indem er betonte, daß besonders auch seitens des Reichsversicherungsamtes in den ersten Jahren seit der Unfallgesetzgebung eine weitgehende Tendenz bestand, Hernien als Betriebsunfälle anzusehen, während man in letzter Zeit von dieser Ansicht abgekommen sei und nur in vereinzelten Fällen den Betriebsunfall anzuerkennen vermöge. Einige Redner hielten eine Klassifikation der Hernie in äthiologischer und anatomischer Beziehung für wünschenswert, um dadurch die Entscheidung zu erleichtern. So teilte beispielsweise Dr. van Hassel (Paturages) die Brüche in drei Kategorien ein:

1. Plötzlich entstandene traumatische Brüche, d. h. solche, welche bei ganz gesunden Leuten mit festen Bauchdecken sofort entstehen.
2. Brüche infolge von Überanstrengung; hier handelt es sich um Leute, welche offenbar eine Disposition haben, bei denen wahrscheinlich ein Bruch schon längere Zeit vorhanden ist, bis er plötzlich bei einer heftigen Anstrengung unter Schmerzen hervortritt.
3. Allmählich entstehende Brüche, welche sich, meist bei Personen mit Bruchanlage, langsam unter der Einwirkung größerer Anstrengungen während der Arbeit entwickeln.

Nach der Ansicht des Vortragenden ist die erste Kategorie unbedingt als Unfall, die letzte als Betriebskrankheit anzusehen, während es ihm bei der zweiten strittig erscheint, ob man Betriebsunfall oder Berufskrankheit anzunehmen hat.

Einen breiten Raum der Verhandlungen beanspruchte die Frage der Organisation der ersten Hilfe bei Betriebsverletzungen und der Einrichtungen, welche hierfür sowie für die weitere Heilung der Verletzten zu treffen sind. Es kam dabei zu lebhaften Erörterungen, ob die freie Arztwahl zweckmäßig sei oder die Überweisung der Verletzten an bestimmte Anstalten. Prof. Nuel-Lüttich vertrat den Standpunkt, daß der Arbeiter auch im Falle eines Betriebsunfalles sich seinen Arzt wählen könnte. Eine Reihe anderer Redner hielten dagegen die Behandlung durch besonders vorgebildete Ärzte und in speziellen Anstalten für wünschenswert.

Dr. Querton (Brüssel) bemängelte, daß in den klinischen Hospitälern meist nicht genügend Wert gelegt wird auf die Behandlung Verletzter. Die Unfallchirurgie trete zurück gegenüber der allgemeinen operativen Chirurgie, weil die Unfallverletzten für den Chirurgen gewöhnlich nicht das Interesse bieten, wie rein operative Fälle. Auch er empfiehlt die Be-

handlung der Unfallverletzten besonderen Anstalten zu übertragen.

Dr. von Langendonck-Brüssel spricht sich dahin aus, daß die Industrie ein Interesse daran habe, gut vorgebildete Ärzte zu nehmen, damit die Zeit der Arbeitsunfähigkeit möglichst vermindert und die Folgen des Unfalls, so gut wie es irgend ginge, beseitigt würden. Auch dieser Redner erblickt hier in der freien Arztwahl keinen Nutzen.

Von Deutschen sprachen zu diesem Thema Dr. E. Joseph-Berlin über „Die Bedeutung chirurgischer Verbandstätten, für die Heilung Unfallverletzter". Derselbe schilderte die Berliner Einrichtungen und wies auf die Bedeutung hin, welche dieselben für das Rettungswesen Berlins und die Behandlung Unfallverletzter erlangt hätten. An der Hand von Tabellen zeigte er einerseits die gewaltige Inanspruchnahme der Stationen seitens der Verletzten, anderseits die günstigen Heilresultate, welche die Statistiken derjenigen Berufsgenossenschaften aufweisen, die ihre Betriebsverletzten in diesen Anstalten behandeln lassen.

Den Wert besonderer Einrichtungen für die erste Hilfe Unfallverletzter betonten in gleicher Weise Dr. Thisquen-Lüttich, Prof. Bordoni-Uffreduzzi (Mailand), letzterer unter Berufung auf die Erfahrungen, welche man mit den dortigen Einrichtungen gemacht hat.

Zu demselben Thema lagen fernerhin noch zwei gedruckte Vorträge von Dr. Düms-Leipzig und Prof. George Meyer-Berlin vor über die „Organisation der ersten Hilfe bei Unglücksfällen" bzw. über die „Organisation des Rettungswesens in Großstädten".

Weiterhin sprachen mehrere Redner über die Nachbehandlung Unfallverletzter. Dr. von Munter, Leiter einer medicomechanischen Anstalt in Lüttich, weist auf die günstigen funktionellen Resultate hin, welche durch frühzeitige mechanische Behandlung zumeist erzielt werden.

In ähnlicher Weise referieren Courtault und Vermeulen über die Behandlung in dem mechano-therapeutischen Institut in Paris. Courtault betont in seinem Vortrage, daß zur vollständigen Wiederherstellung der Verletzten besondere Anstalten erforderlich seien; denn wenn der Arbeiter aus der Behandlung des Arztes entlassen ist, so kann er häufig noch nicht seine gewöhnliche Beschäftigung wieder aufnehmen. Es muß ihm Gelegenheit geboten werden, von leichterer Arbeit allmählich zu schwereren überzugehen. Man erzielt häufig deswegen keine günstigen Resultate, weil man den Arbeiter unmittelbar von der Behandlung aus seine frühere Tätigkeit wieder aufnehmen läßt. Darum sollte man Heilanstalten haben, in denen die Arbeiter allmählich lernen, sich an ihre Beschäftigung zu gewöhnen, während gleichzeitig die medico-mechanische Behandlung fortgesetzt wird.

Eine größere Reihe weiterer Vorträge behandelt die Folgezustände der Unfälle, insbesondere die traumatischen Neurosen.

Von Prof. Eulenburg-Berlin lag eine kurze Abhandlung vor über nervöse Störungen nach elektrischen Unfällen.

Verstraete-Lille sprach über die Differentialdiagnose von traumatischer Neurose und Simulation.

Imbert-Montpellier lenkt die Aufmerksamkeit auf eine ziemlich häufige Knochenveränderung nach leichter Fußverletzung. Es handelt sich um schmerzhafte Knochenatrophie infolge Entkalkung, wie durch die Röntgenstrahlen nachgewiesen ist. Dieser Prozeß entsteht meistens mehrere Wochen nach der Verletzung. Imbert hat die Beobachtung gemacht, daß die Veränderungen gewöhnlich bleibende sind und die Prognose bezüglich der Wiederherstellung keine günstige ist. Die Ursache dieses Vorganges ist bisher nicht bekannt.

von Winiwarter hält das Leiden für eine Ostitis rareficans, welches häufig an dem gesunden Bein entsteht infolge Überanstrengung. Eine Restitutio ad integrum erscheint auch ihm ausgeschlossen.

Eine weitere bemerkenswerte Arbeit wurde vorgetragen von Prof. Regnier, Leiter des Pariser mechano-therapeutischen Instituts, über posttraumatische, nervöse Störungen und ihre Folgen.

Cuneo, Professor in Paris, sprach über den Zusammenhang von Trauma und Tuberkulose. Derselbe stellt für die Beurteilung dieser Fälle seitens der Ärzte drei Thesen aus:

1. Betrifft der Unfall eine Person mit einer latenten oder in Heilung begriffenen Tuberkulose, deren Arbeitsfähigkeit bisher nicht vermindert war, so ist eine Verschlimmerung des Leidens nach dem Unfall als eine Folge desselben anzusehen.

2. Betrifft der Unfall eine torpide Tuberkulose, und war der Verletzte nicht mehr voll arbeitsfähig, so ist bei eintretender Verschlimmerung in Berücksichtigung zu ziehen, daß es sich um einen bereits geschwächten Organismus handelte, und daß bei einem Gesunden der Unfall wahrscheinlich diese Folgen nicht gehabt haben würde.

3. Betrifft der Unfall einen bisher gesunden, kräftigen Menschen, welcher im Anschluß daran (z. B. eine Brustverletzung) Hämoptöe und Phtise bekommt, so ist selbstverständlich das Trauma für das Leiden verantwortlich zu machen.

Thiem-Kottbus berichtet über 400 Fälle von Kniescheibenbrüchen und empfiehlt zur Erzielung guter, funktioneller Resultate das operative Verfahren. In gleichem Sinne äußerte sich Riedinger-Würzburg.

Mehrere Redner sprachen über das Simulantentum bei Unfallverletzten, so z. B. Prof. Baudry, Ophtalmologe in Lille, über „Simulation nach Augenverletzungen".

Den Schluß der Verhandlungen bildeten Besprechungen über die Prophylaxe der Unfälle, Statistik derselben und Begutachtung Unfallverletzter.

Thiem-Kottbus sprach über die Überanstrengung als Ursache von Unfällen.

Imbert macht die Muskelermüdung für die Mehrzahl der Unfälle verantwortlich, indem er sich in seiner Statistik darauf beruft, daß die Arbeiter sich ihre Verletzungen zumeist in den letzten Arbeitsstunden zuziehen. $1/7$ sämtlicher Unfälle in Frankreich wie in Deutschland ereignen sich in der letzten Arbeitsstunde.

In einem größeren interessanten Aufsatz behandelt Prof. Remy-Paris die Gutachtertätigkeit des Arztes. Seine Arbeit enthält in einer ausführlichen Tabelle die Schätzungen der Einbuße an Erwerbsfähigkeit nach den verschiedensten Verletzungen.

Als einer der letzten sprach Prof. Vulpius-Heidelberg über die Tätigkeit des Arztes als Begutachter auf Grund der deutschen Unfallversicherungsgesetzgebung.

Am Schluß des Kongresses wurde auf Vorschlag von Dr. Dr. Moeller und Poëls ein permanenter Ausschuß gebildet, dessen Aufgabe es sein sollte, sich auch weiterhin mit den Fragen dieses Kongresses zu beschäftigen und den nächsten Kongreß vorzubereiten. Den Dank der deutschen Ärzte an die belgischen Kollegen erstattete Prof. Thiem-Kottbus. von Winiwarter antwortete im Namen derselben, indem er seiner Freude über die Resultate dieses Kongresses Ausdruck gab.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß eine Reihe von Festlichkeiten den Kongreßteilnehmern geboten wurden, beispielsweise ein Empfang im Stadthause zu Lüttich, ein Festbankett in der Weltausstellung, sowie Ausflüge nach Spaa, Salzinne und Ronet.

Dr. Ernst Joseph.

Gesellschaft für soziale Medizin.

(Sitzung am 15. Juni in Prof. Lassars Hörsaal.)

Lassar: Bericht über die Tätigkeit der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder.

Die Hauptaufgabe dieses Vereins besteht in der Agitation zur Vermehrung und Verbesserung von Badeeinrichtungen. In der relativ kurzen Zeit des Bestehens sind großartige Erfolge erzielt worden. Die Gemeindevertreter, die im Anfange für die Bestrebungen des Vereins nicht zu haben waren, bekundeten allmählich ein immer größeres, sowohl bautechnisches als finanzielles Interesse für die Volksbäder; die einzelnen Städte wurden durch die Gesellschaft zu einem Wettbewerb für Bädereinrichtung angeregt. Hauptschwierigkeit ist es, für die kleineren Gemeinden die dazu erforderlichen Mittel zu beschaffen. Für diese empfiehlt Lassar den Gebrauch der Brausebäder. Die Mittel der Agitation sind Kongresse, die geeignet sind; das Interesse einer ganzen Provinz wachzurufen, wie erst jüngst die diesjährige Hauptversammlung zu München bewiesen hat, und Veröffentlichungen. Diese sind sowohl eine Quelle guter Ratschläge für den Bäderbau als auch ein Mittel zur Werbung neuer Mitglieder. Eine weitere Art der Publikation bilden ferner die Annalen des deutschen Badewesens, die den Anfang einer ausführlichen Geschichte dieses Spezialgebietes bilden. Für die Verhandlungen der Kongresse wird das Interesse der Mitglieder dadurch erhalten, daß diese ständig aufgefordert werden, geeignete Thesen und Wünsche für die Diskussion in den Hauptversammlungen dem Vorstande mitzuteilen. Die Badetechnik ist in ständiger Entwicklung, besondere Spezialisten beschäftigen sich mit ihr und werden angeregt auch durch Preisarbeiten des Vereins. 1886 bemühte sich Lassar zum ersten Male um eine Statistik des Badewesens: er stellte diesbezügliche Rundfragen an die Kreisphysici. Die Ergebnisse wurden der breitesten Öffentlichkeit übergeben, ein wirksames Agitationsmittel für den Bau der damals noch sehr im argen liegenden Volksbäder. Die zweite Statistik, die Lassar unter dem Protektorate des damaligen Reichskanzlers 1900 auch mit Hilfe der Kreisärzte erhob, zeigte zwar Fortschritte, aber es waren immer noch nur in 20000 Städten bei einer Bevölkerung von 54 Millionen Bäder vorhanden. Eine dritte Statistik wird für dieses Jahr in Aussicht gestellt. Es folgen nunmehr interessante Lichbilder moderner Badeeinrichtungen.

Für die weitere Zukunft fordert Lassar in den Großstädten die weitgehendste Dezentralisation: jedes Haus solle mit einer den Mietern gemeinsamen Bade- und Waschvorrichtung versehen werden.

Diskussion: Mayet fragt, was der Redner über die in der Schweiz aufgestellten Projekte, das öffentliche Wasch- und Badewesen zu verbinden, denke.

Lassar: Das würde eine die Agitation erschwerend Komplikation sein.

Weyl regt die Errichtung von Brausebädern in den Neubauten an, die jetzt der Spar- und Bauverein an der Peripherie Berlins vornimmt.

Diskussion über den Vortrag des Herrn Th. Weyl: Zur Geschichte der sozialen Hygiene im Mittelalter.

Holländer führt in Ergänzung des Weylschen Vortrags zahlreiche Bilder vor über „Räucherung am Bette eines Pestkranken", „ein Pestdoktor aus dem Jahre 1720 in vollständiger Tracht", „eine Irrenabteilung mit Lagerstätte für Epileptiker und Kasten zum Transport des Kranken auf die Jahrmärkte". Redner entwirft an der Hand von Abbildungen eigner Sammlung eine Geschichte des Badewesens. Ursprünglich waren die Familienbäder weit verbreitet, während die Einzelbäder erst spät und bei den Vornehmen aufkamen. Das Christentum stellte sich zunächst dem Badewesen feindlich gegenüber. Durch die Kreuzzüge kamen die orientalischen Schwitzbäder in Mode. Es entstanden damals die Badestuben, in denen auch medizinische Eingriffe, wie Schröpfen, Ausspülungen u. a. vorgenommen wurden. Die verheerende Wirkung der Syphilis — berichtet wird von einem Bader, der 15 Personen an einem Tage syphilitisch infizierte — führte zur Schließung dieser Badestuben.

Schönheimer: Die Dringlichkeit der ärztlichen Hilfeleistungen nach den Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes.

Seit 1892 ist die Gewährung der bis dahin vom Gesetzgeber ignorierten dringlichen Hilfeleistung in das Krankenversicherungsgesetz aufgenommen worden. In § 6a der Gemeindekrankenversicherung heißt es bekanntlich, daß die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann. Dasselbe sagt § 26a der Ortskrankenkasse (Absatz 2b). Diese Paragraphen behandeln die Dringlichkeit formell als Einschränkung, tatsächlich bedeuten sie aber eine Konzession gegenüber der Meinung, daß die alleinige Anstellung bestimmter Ärzte, Krankenhäuser und Apotheken für die Kassenmitglieder nicht ausreichend ist. Zahlreiche Rechtsstreitigkeiten über die Auslegung der Dringlichkeit sind entstanden. Am wenigsten der Meinungsverschiedenheit unterworfen ist bei den Juristen die zeitliche Dringlichkeit: hier geht die Erhaltung von Leben und Gesundheit der Orientierung über die zugelassenen Ärzte vor. In solchen Fällen wird z. B. die Zuziehung eines bei der Kasse nicht zugelassenen Spezialisten (eines Augenarztes bei frischer Augenverletzung) als dringlich anerkannt.

Objektive Dringlichkeit liegt vor 1. bei Gefahr, 2. bei stärkeren Schmerzen; sie wird bestätigt, auch wenn der Patient nichts von der Dringlichkeit merkt. Demgegenüber sei aber auch die subjektive Dringlichkeit, die dem Urteile des Kranken selbst entstammt, zu berücksichtigen. Eine relative Dringlichkeit liegt vor, wenn der Versicherte keine ausreichende kassenärztliche Versorgung hat, sei es, daß er auf Reisen beschäftigt wird (Schiffer), oder daß die Krankenkasse eine ungenügende Zahl von Ärzten anstellt. Ferner kann Dringlichkeit zwar nicht für den Kranken selbst, aber für dessen Umgebung oder für die Allgemeinheit entstehen bei Infektions- und Geisteskrankheiten.

Es ist ein Verdienst Schönheimers, vor einem wissenschaftlichen Forum den Kautschukbegriff der Dringlichkeit entlarvt zu haben. Selten widerspricht die juristische Formulierung der oben erwähnten Paragraphen so sehr den Tatsachen als hier. Die Selbstversorgung der Kassenmitglieder mit Heilmitteln und Heilpersonen ist eine ganz allgemeine Erscheinung; ihre Ursachen zu ermitteln, ist notwendig, wenn man eine schlimme Lücke der sozialen Gesetzgebung verstopfen will.

Eisenstadt.

(Sitzung am 29. Juni.)

Vortrag des Herrn Dr. Eggebrecht aus Leipzig als Gast über „Massageausübung durch Blinde".

Seitdem die Bildung und der Unterricht der Blinden dank der Förderung von Staat und Gesellschaft in Fluß gekommen ist, seitdem es sich hierbei gezeigt hat, daß bei den Blinden dieselben Anlagen wie bei den Sehenden zu entwickeln sind, ist auch das Problem der wirtschaftlichen Selbständigkeit in Angriff genommen worden. Nur ist die Auswahl der passenden Berufe sehr gering. Seit fünf Jahren hat der Vortragende geeignete im ganzen 25 Blinde in der Massage ausgebildet. Als Vorzüge vor den sehenden Masseuren hebt er die bessere Folgsamkeit gegenüber dem Arzt und den bekanntlich besser entwickelten

Tastsinn hervor. Nach seinen Erfahrungen behaupte er, im Gegensatze zu Zabludowski (vgl. dessen Aufsatz in der „Krankenpflege", Bd. I, Heft 4, 1901), daß auch die Blinden das eintretende Unlustgefühl des Kranken beachten und keineswegs in höherem Grade als die Sehenden einer Infektion ausgesetzt sind oder infizieren können. Am geeignetsten sei es, eine bestimmte Örtlichkeit, Poliklinik, Krankenhaus, zur Verfügung zu stellen. In Leipzig habe man mit den blinden Masseuren hinsichtlich der Tüchtigkeit die besten Erfahrungen gemacht; auch bei dem Publikum seien sie daselbst beliebt geworden. Die theoretische Ausbildungszeit beträgt wie bei den Sehenden drei Monate und erfordert einen Kostenaufwand von 300 M. Daran schließt sich eine mindestens einjährige, praktische Ausbildungszeit. Einige seiner Zöglinge haben in der Ausübung des Berufes sich schon einen ansehnlichen Spargroschen zurückgelegt. In Deutschland gibt es nach der Zählung von 1900 35000 Blinde, deren Unterhalt 27 Millionen Mark beansprucht. Je mehr es gelänge, Blinde dem Erwerbe der Masseure zuzuführen, um so mehr würden sich diese Kosten verringern, um so mehr die Befriedigung im Berufe auch diesen Unglücklichen zu teil werden.

Die Diskussion, an der sich Zabludowski, Ewer, Mayet, Blindenlehrer Maaß, Grotjahn, Hirsch, Eggebrecht, sowie ein blinder Masseur aus Leipzig beteiligten, führte die ganze Schwierigkeit dieses Problems vor Augen.

1. Es ist nicht unumstößlich erwiesen, daß die blinden Masseure die sehenden in ihrer Kunst erreichen, geschweige denn übertreffen. Nach Zabludowski ist es jenen leicht, ständig dieselbe Bewegung auszuführen. Doch wenn es sich z. B. um chirurgische Fälle handelt, wechselt von Tag zu Tag der Befund und damit die Entscheidung über die jedesmal zweckmäßigen Manipulationen.

Nach Ewer ist auch der Ruf vom besser entwickelten Tastsinn nicht über jeden Zweifel erhaben.

2. Jedenfalls stehen in der Erwerbsfähigkeit die blinden gegen die sehenden Masseure zurück. Abgesehen davon, daß für viele von ihnen eine Kontrollperson erforderlich ist, muß man auch — wenigstens in der Gegenwart — leider mit dem kosmetischen Nachteile, den die Blindheit hervorruft, rechnen. Das Vertrauen des Publikums beruht ja, wie auch die Ärzte wissen, oft genug nicht auf der Tüchtigkeit der Heilpersonen, sondern darauf, daß dessen Persönlichkeit den subjektiven Vorstellungen des Patienten vom Wesen des Arztes, des Masseurs usw. entspricht.

3. Die Massage als Heilmittel hat keinen stabilen Indikationskreis, weil sie die Konkurrenz mit andern Heilmitteln fortwährend durchmacht. Wie sehr ist z. B. Schröpfen und Blutegelsetzen aus der Mode gekommen! So ist die Beschäftigung des blinden Masseurs in der Königlichen Poliklinik der chirurgischen Universitätsklinik zu Leipzig sehr wechselnd, fast saisonartig. Demgegenüber beträgt dessen Entlohnung 30 M. monatlich (etwa 30 Pf. für die Stunde.) Der blinde Masseur muß bei diesem geringen Lohn also auf Trinkgelder oder noch einen Nebenerwerb angewiesen werden.

Besser steht es bekanntlich mit den Erwerbsverhältnissen der für die Krankenkassen tätigen Masseure, die für die Einzelleistung oft 50 Pf., also mehr wie der Kassenarzt für seine einzelne Konsultation, erhalten. Hier steht den Masseuren auch nicht die wilde Konkurrenz der Masseusen, Naturheilkundigen und sonstigen Kurpfuscher im Wege. Aber für Blinde erscheint die Kassenpraxis zu vielseitig und zu schwierig zu sein — wenigstens was Berlin betrifft.

4. Die Ausdehnung der Massage, auch auf die Gesunden, um die Sitte der Japaner nachzuahmen, welche ausschließlich den Blinden den Beruf der Massage reserviert haben, könnte sehr wohl versucht werden. In Hotels, Badeanstalten und Badeorten würden die blinden Masseure es mit einem relativ leichten und dabei einbringenden Erwerbszweige zu tun haben. Nur steht den Gesunden bei der Verbreitung des Sports in so ausgiebigem Umfange aktive Körperbewegung zu Gebote, daß dieselben nur wenig an die Masseure sich wenden dürften.

5. Wenn Grotjahn meint, die Massage sollte den Blinden so reserviert sein, wie die Bürstenmacherei den Krüppeln, so liegt doch ein Unterschied zwischen beiden Berufen für Erwerbsunfähige. Das Absatzgebiet bei diesem Beruf ist weit genug und im voraus bekannt, bei der Massage dagegen auf bestimmte Kranke beschränkt und wie bei allen Heilmitteln im voraus unbekannt. Betrachtet man aber die Massage als Heilkunst, für welche der bestausgebildete Künstler, also der Arzt, gerade gut genug ist, so findet man es in Ordnung, daß Ärzte für Massage und Heilgymnastik vielfach die Tätigkeit des Heilgehilfen selbst übernehmen und so diese Erwerbsquelle noch mehr einschränken.

Eisenstadt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Gerber. Handatlas der Operationen am Schläfenbeine mit 10 Tafeln und 9 Abbildungen im Texte. Wiesbaden 1904. Bergmann.

Wenn es auch keinem Zweifel unterworfen ist, daß ein Operationsatlas niemals ganz und völlig die zum Erlernen notwendige Technik einer Operation so klarlegen kann, wie das anatomische Präparat selbst und die zu Lernzwecken an ihm ausgeführte Operation oder gar die Operation am Lebenden, so ist es doch sicher, daß wir in Gerbers Handatlas immerhin ein Werk vor uns haben, das dem angehenden Oto-Chirurgen von großem Nutzen ist und nur warm empfohlen werden kann — sowohl wegen der Abbildungen selbst als auch wegen des kurzen, prägnanten, aber alles Notwendige in der Hauptsache umfassenden Textes.

Es werden die einzelnen operativen Eingriffe nach Besprechung der Indikationsstellung in ihren verschiedenen Methoden dargestellt und es beschränkt sich der Verfasser selbstverständlich nicht bloß auf die am Gehörorgane selbst auszuführenden Eingriffe, sondern er schildert auch die Operation der schweren komplikatorischen Prozesse (Hirnabzesse, Jugularisunterbindung usw.). Die auf 10 Tafeln zur Erläuterung gegebenen Abbildungen sind im ganzen gut, deutlich und instruktiv.

Hg.

Fürst und Windscheid. Handbuch der Sozialen Medizin. Jena, Gustav Fischer, 1904/05.

Von dem Werke, dessen Gesamtplan und ersten Band wir bereits im Jahre 1903 (S. 139 unseres damaligen Jahrgangs) besprachen, sind inzwischen eine Reihe weiterer Bände erschienen, welche den Ausblick auf eine in ihrer Art bisher einzig dastehende Sammelleistung eröffnen. Band 6, den „Gewerbearzt", hat bereits E. Roth in der Gewerbehygienischen Rundschau eingehend gewürdigt.

Band II, von Karl Jaffé in Hamburg verfaßt, behandelt Stellung und Aufgaben des Arztes auf dem Gebiete der Krankenversicherung (238 S. Subskriptionspreis 5, Einzelpreis 6 M. broschiert).

Das groß angelegte Buch enthält ebenso genaue Angaben über die gesetzliche Regelung des Krankenversicherungswesens in Deutschland — anhangsweise auch über die in den anderen europäischen Staaten —, wie über die Stellung des Arztes zur Krankenversicherung. Mit einer Sorgfalt, die wohl über das Maß des durchaus erforderlichen hinausgeht, wird die verschiedene Regelung des Verhältnisses zwischen Ärzten und Kassen an den verschiedenen Orten dargetan. Bei der Auslegung der Begriffe Krankheit, Erkrankung, Erwerbsfähigkeit usw. im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes findet der ärztliche

Sachverständige eine bemerkenswerte Zusammenstellung oberstgerichtlicher Entscheidungen (S. 103 ff.).

Band IV (478 S. 9 bzw. 12 M. broschiert) enthält als umfangreichsten Abschnitt die Soziale Krankenpflege in Krankenhäusern von F. Jessen-Hamburg. Ich halte diesen Teil für ganz besonders geglückt. Man sieht hier überall, wie der Verfasser sich bewußt war, nicht bloß ein Buch über die Einrichtung von Krankenhäusern und den ärztlichen Dienst an denselben, sondern ganz besonders auch einen wichtigen Abschnitt in einem Handbuch der sozialen Medizin zu schreiben. Stets wieder wird man darauf hingewiesen, was die Krankenhäuser für den gesamten sozialen Organismus bedeuten, in welchen Beziehungen der ärztliche Dienst in ihnen zu den gesetzlich festgelegten Normen der übrigen sozialen Fürsorge, also zu den Arbeiterversicherungsgesetzen, zum Armenwesen, zur Dienstbotenfürsorge usw. steht. Was Jessen bringt, davon ist nichts überflüssig, und dennoch ist gerade der von ihm verfaßte Band ungemein reichhaltig. Wir glauben, unsern Lesern wenigstens eine Übersicht des Inhalts nicht vorenthalten zu sollen. Die Einleitung bildet ein historischer Abschnitt, den Schluß ein Abriß des Krankenhauswesens außerdeutscher Länder. Im Hauptteil steht an erster Stelle Bau und Einrichtung der Krankenhäuser, dann deren Verwaltung und Betrieb (einschließlich gesetzliche Bestimmungen und Transport in das Krankenhaus); demnächst folgen Sonderkrankenhäuser (für Infektionskrankheiten, für Frauen, Kinder, Krüppel, Sieche, Unheilbare, Augen- und Ohrenkranke), und endlich verbreitet sich der Verfasser über die Leistungen des Deutschen Krankenhauswesensin seinen verschiedenen Beziehungen zu den sozialen Aufgaben der Gesamtheit, über Vorschläge, wie diese Leistungen weiter gehoben werden können, und über die das Deutsche Krankenhauswesen tragenden Kräfte. Noch einmal: die Jessensche Schrift ist meines Erachtens ein Beitrag von besonderem Werte.

Nonne hat Stellung und Aufgabe des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus und die Trinkerheilstätten bearbeitet. Kurz und bündig hat er das Wesentliche zusammengestellt, was in der Trinkerfürsorge zurzeit in Deutschland geschieht, und was weiterhin zu erstreben ist. Auffallend wenig ist von den Verhältnissen des Auslandes gesagt, welche doch auf diesem Gebiete mindestens sehr wichtige Anregungen auch für uns zu geben geeignet sind. Überhaupt scheint mir der Umfang des Nonneschen Abschnitts der sozialen Bedeutung der Trunksuchtsbekämpfung nicht ganz zu entsprechen.

Ausführlicher ist der von Ritter-Edmundstal bearbeitete Teil über die Tuberkulosebekämpfung, obgleich er nur eine Seite dieser großen Gesamtaufgabe, nämlich Stellung und Aufgaben des Arztes in den Volksheilstätten für Lungenkranke behandelt. (Ein gegen den Schluß eingefügter Abschnitt: „Weitere Mittel und Wege zur Bekämpfung der Tuberkulose" ist nur drei Seiten lang; die darin enthaltenen Andeutungen reichen aber gerade aus, um zu zeigen, wie wenig die Schrift über die Heilstätten eine umfassende Bearbeitung des Kampfes gegen die Tuberkulose darstellen kann. Uns ist nicht ganz klar, warum die Herausgeber des Handbuchs gerade auf diesem bedeutsamen Gebiete die Aufgabe des Autors so wesentlich eingeschränkt haben.)

Nocht hat die Ärztliche Mitwirkung bei der sozialen Fürsorge im Seeverkehr zum Gegenstande seiner Ausführungen genommen. Sicher war er für dieses Thema die berufenste Persönlichkeit.

Ilberg bespricht Irrenanstalten, Idioten- und Epileptikeranstalten mit besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Arztes in denselben. Zu rühmen ist seine klare, flüssige Darstellungsweise, in welcher er, ohne pedantisch und langweilig zu werden, den gesamten Betrieb der Anstalt vor uns aufrollt.

Noch weniger als bei dem Ritterschen Abschnitt, kann ich mich aber bei dem Ilbergschen mit der Abgrenzung des Themas einverstanden erklären. Das Irrenwesen, das doch wahrlich in der sozialen Medizin eine außerordentlich wichtige Stelle einnimmt, hätte in diesem Handbuch in seinem ganzen Umfange bearbeitet werden müssen. Die Anstaltspflege ist immer nur ein Teil dieses Ganzen, selbst wenn man zu ihr, wie es Ilberg tut, die Familienpflege hinzuzieht. Ich sehe in dem Plan des Gesamtwerkes keine Ergänzung dieses Torsos vorgesehen. Dazu kommt nun noch, daß Ilberg nicht wie Jessen im Rahmen seiner Arbeit auf die sozialen Beziehungen entsprechenden Nachdruck gelegt hat. Vergebens suchen wir hier nach genaueren Mitteilungen über die Stellung des Geisteskranken in der menschlichen Gesellschaft und im Staatswesen, über die gesetzlichen Vorbedingungen für Aufnahme und Entlassung, über den Transport der Kranken in die Anstalt, über die besonderen Betriebsvorschriften für Privatanstalten und über die das Irrenwesen tragenden Kräfte.

Vom fünften Bande des Gesamtwerks ist erst der erste Teil erschienen: Henius, Samariter- und Rettungswesen (116 Seiten, 3 M.), in welchem einerseits das historische, anderseits die Darstellung der an den verschiedenen Orten Deutschlands und im Auslande bestehenden Einrichtungen den breitesten Raum einnimmt. Wer Einzelheiten über diese Themen sucht, wird sich bei Henius leicht und rasch darüber unterrichten können.

Der vollständig erschienene Band 7 umfaßt in seinen beiden Teilen zwei Gegenstände sehr verschiedener Art. Bettmann-Heidelberg erörtert in dem groß angelegten ersten Teil die ärztliche Überwachung der Prostituierten (280 Seiten, 7 M.). Wir behalten uns vor, hierauf bei Besprechung der folgenden Bände noch einmal zurückzukommen. Schmalfuß-Hamburg bearbeitet Stellung und Aufgaben des Ammenuntersuchungsarztes (34 Seiten, 1,20 M.). So kurz seine Darstellung ist, so ist ihr Inhalt von hohem Interesse, zumal der Verfasser hier aus eigner Anschauung den Wert einer in Deutschland noch einzig dastehenden Einrichtung auf sanitätspolizeilich wichtigstem Gebiete darlegt. F. Leppmann.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Herzoglichen Verwaltungsgerichtshof in Braunschweig.

Ein künstliches Gebiß ist ein Heilmittel im Sinne des Kr.-V.-G.

Ein Schriftsetzer, der viel an Erkrankungen des Magens litt, ließ sich auf ärztliches Anraten ein Gebiß anfertigen, da ihm die vier oberen Schneidezähne fehlten und in deren Fehlen die Grundursache seines Magenleidens erblickt wurde. Da die Ortskrankenkasse sich weigerte, die Kosten des Gebisses zu ersetzen, wandte sich der Setzer beschwerdeführend an den Stadtmagistrat, der die Kasse zur Zahlung des Gebisses verurteilte. Die Krankenkasse rief gegen dieses Urteil die Entscheidung des Herzoglichen Verwaltungsgerichtshofes an, der das Gebiß als ein Heilmittel im Sinne des § 6 Kr.-V.-G. (Brillen, Bruchbänder usw.) ansah und die Entscheidung des Stadtmagistrats bestätigte. (Korr. Sächs. Ärzte.)

Tagesgeschichte.

Sozialpolitische Aufgaben gegenüber dem Krankenpflegerinnenstande.

Unter diesem Titel regt Professor Ernst v. Halle in einem Leitartikel der „Sozialen Praxis" vermehrte staatliche Aufsicht und Fürsorge für den Stand der Krankenpflegerinnen

an. Die wichtige Stellung, welche diese Gruppe innerhalb des Medizinalwesens und des öffentlichen Gesundheitswesens einnimmt, rechtfertigt ein näheres Eingehen auf v. Halles Ausführungen an dieser Stelle.

Schätzungsweise beläuft sich die Zahl der Personen, welche berufsmäßig die Krankenpflege betreiben, zur Zeit in Deutschland auf 140 000. Mindestens 50 000 entfallen davon auf die Krankenpflegerinnen im engern Sinne. Drei Viertel von ihnen gehören großen, meist religiösen Verbänden an, die Übrigen bilden entweder kleinere Vereinigungen oder betreiben den Beruf selbständig.

Im Gegensatz zu den vielen andern Erwerbszweigen, in denen das Angebot weiblicher Kräfte während der letzten Jahre bedeutend gestiegen ist, hat der Pflegerinnenberuf weder der Zahl noch dem Werte nach genügend Zuzug erfahren, obgleich doch gerade dieses Arbeitsfeld für Frauen in besonderem Maße geeignet ist. Es hat sich ferner gezeigt, daß viele Frauen den schon begonnenen Beruf wieder aufgaben, und zwar großenteils, weil seine Anforderungen ihre körperlichen und seelischen Kräfte überstiegen. Dazu kommt, daß die Sterblichkeitsziffern im Pflegerinnenberuf sehr hoch sind. Besonders unzulänglichen Erfolg hatte das Bemühen, Frauen aus den gebildeten Ständen für die Krankenpflege zu gewinnen, ein Übelstand, mit dem unseres Wissens auch die religiösen Orden jetzt mehr als früher zu kämpfen haben.

Die Grundzüge des durch v. Halle aufgestellten Reformplans sind: Bessere Vorbereitung für den künftigen Beruf, bessere Fürsorge bei der Ausübung des Berufes, nämlich feste Regelung des Dienstes unter angemessenen Existenzbedingungen, Entlastung von grober Arbeit, vermehrte Mußestunden; bessere Regelung der materiellen Lage, Sorge für eine gesicherte Zukunft und insbesondere für ein sorgenfreies Dasein nach Ablauf einer bestimmten Anzahl von Dienstjahren.

In Hinsicht auf die Ausbildung verlangt v. Halle die Festlegung eines Mindestmaßes von Können und Wissen, zugleich mit dem Erfordernis guter sittlicher Führung. Er will grundsätzlich einen vorgeschriebenen Ausbildungsgang durchgeführt wissen und glaubt, daß die Vorbereitung für die Krankenpflege zweckmäßig nur in festen Organisationen vor sich gehen könne. Ja, er ist mit Zimmer auch weiterhin der Meinung, daß eine sachgemäße Ausübung des Berufs nur durch Vorhandensein von Pflegerinnenverbänden mit einer gewissen Verantwortlichkeit nach außen und innen gewährleistet werde. In den zu erlassenden staatlichen Vorschriften rät er als Vorbedingung die Zugehörigkeit zu solchen Verbänden zu fordern.

Es sollen aber nicht bloß die Anforderungen an die Pflegerinnen gesteigert, sondern viel mehr noch die Fürsorge-Vorkehrungen für sie erweitert werden. Es geht nicht an, daß hinsichtlich der Höchstarbeitszeit, der Vorschriften über Lohn in Natural- oder Materiallieferungen u. dgl. die Pflegerin mit ihrem besonders verantwortungsvollen Dienst und ihrer unmittelbar dem Gemeinwohl dienenden Tätigkeit noch länger hinter der gewerblichen Arbeiterin zurückstehen muß. v. Halle fordert für Krankenanstalten eine Maximalarbeitszeit von 11 Stunden am Tage bzw. 10 Stunden bei Nachtdienst, Festlegung bestimmter täglicher Erholungspausen — er bemerkt sehr richtig, daß ständige Arbeitsbereitschaft auf die Dauer so ungünstig wirkt, wie überlange Arbeitszeit; Gewährleistung wöchentlicher Ruhepausen unter Festlegung einer maximalen wöchentlichen Stundenzahl; Gelegenheit zu angemessenem, behaglichem Aufenthalt in den Ruhestunden außerhalb der Krankenräume; alljährlich eine Dienstunterbrechung von vier bis sechs Wochen nebst Gewährleistung der Möglichkeit einer wirklichen Erholung; endlich Einteilung der Arbeitsart und Arbeitszeit mit Rücksicht auf den Menstruationsvorgang. Außerhalb großer Krankenhäuser und Privatsanatorien seien diese Vorschriften zwar nicht ohne weiteres durchführbar, aber immerhin sei auch in der Privatpflege Ausschließung eines überlangen Dienstes zu erstreben. Ferner sei generell eine Befreiung der Pflegerinnen von dauernder grober Hausarbeit durchzuführen.

Die durch diese Reformen bedingte Kostenlast müsse die Öffentlichkeit — Staat bzw. Gemeinden — tragen. Das Krankenpflegewesen müsse von Staatswegen durch beamtete Ärzte bzw. andere Sachverständige überwacht werden, die sich von dem Gesundheitszustand der Pflegerinnen in regelmäßigen Zwischenräumen durch Gewichtsvergleichung, Blutuntersuchung (!) u. dgl. überzeugen müßten [Hier ahnt der Verfasser wohl nicht, was für eine verhältnismäßig überflüssige und dabei überwältigend große Arbeit er den betreffenden Ärzten zuweist. Ref.], die ferner die Durchführung der hygienischen Verordnungen über die Pflegerinnen überwachen sollen.

Endlich muß nach v. Halles Vorschlag grundsätzlich die Zukunftsfürsorge für die Pflegerinnen verbessert werden. Die Invaliden und Alten müssen allgemein versichert werden, und zwar unter günstigen Bedingungen. Nach einer nicht zu hoch gegriffenen Anzahl von Dienstjahren (v. H. denkt an das Ende der dreißiger Jahre) soll es den Schwestern frei stehen, sich mit einer Pension ins Privatleben, eventuell auch ins private Erwerbsleben zurückzuziehen.

Um all dies zu ermöglichen, müsse der Staat dem Krankenpflegewesen eine Organisation geben, die sämtliche Pflegerinnen und sämtliche Arbeitgeber umfasse, etwa nach Art der Berufsgenossenschaften. Darüber hinaus aber gelte es, einen „Oberbau“ zu entwickeln, welcher Arbeitgeber und -nehmer in einem großen Verbande vereinige.

Soweit von Halle. Unsern Lesern wird sich ein Vergleich seiner Ausführungen mit denen von Ernst Joseph in Nr. 3 unsres Jahrgangs 1904 (Häusliche Krankenpflege in Großstädten) aufdrängen, und bei diesem Vergleiche werden die minder radikalen Vorschläge des Arztes doch zum Teil brauchbarer erscheinen als die sehr weitgehenden des Nationalökonomen.

Zunächst die Ausbildung der Krankenpflegerinnen — gewiß ein wesentlicher Teil der sozialen Gesundheitsfürsorge und daher eine sehr wichtige Aufgabe. von Halle erwartet alles Heil vom Anschluß der Novizen an Orden, große Vereine oder dergleichen. Wir sind andrer Meinung. Die genannten Korporationen leisten zwar anerkannt Vorzügliches, aber der Staat hat keinen Anlaß, Frauen, die sich dem Pflegerinnenberuf widmen wollen, zum Anschluß an sie zu zwingen, zumal er ja doch den Gang ihrer Ausbildung innerhalb der Orden usw. nur unvollkommen überwachen kann. Die Pflegerinnenschulen, welche Joseph vorschlägt, werden gewiß ausreichen, um tüchtige Pflegekräfte heranzubilden — die Analogie mit den Hebammenschulen beweist das genugsam. Ich bin der Meinung, daß anderseits der Staat seine Aufsicht in gewissem Sinne auch auf die Ausbildung der Pflegerinnen in den Orden und Vereinen ausdehnen soll. Auch die hier ausgebildeten Schwestern sollten sich vor Übernahme selbständiger Pflegetätigkeit über ihren Ausbildungsgang und ihre Kenntnisse vor einer staatlichen Kommission ausweisen müssen.

Vollends ist es unangebracht, die ausgebildeten Pflegerinnen sämtlich zum Anschluß an eine größere Organisation zwingen zu wollen. Es ist nicht jedermanns Sache, in seiner Berufstätigkeit beständig von der Weisung eines Oberen abhängig zu sein, und vortreffliche Pflegerinnen habe ich aus großen Organisationen nach vieljährigen Dienst ausscheiden sehen, weil diese Art der Abhängigkeit ihnen unerträglich wurde. Es wäre ein großer Fehler, solche selbstständige Naturen dem Pflegeberuf fernzuhalten. Aber auch im Interesse des Pflegedienstes, sei es im Krankenhause, sei es in der Privatpflege, muß es Pflegerinnen

geben, die sich an eine bestimmte Tätigkeit dauernd binden können, während bei den organisierten Schwestern doch immer die Gefahr besteht, sie aus organisatorischen Gründen eines Tages abberufen zu sehen. Das sind nur ein paar von den Gründen, welche sich gegen einen Orden- oder Vereinszwang für die Pflegerinnen geltend machen lassen.

Die Maßregeln gegen einen Raubbau an den Kräften der Pflegerinnen, entsprechend der Arbeiterfürsorge wie sie die Gewerbeordnung vorsieht, stellen eine Forderung dar, deren Erfüllung unbedingt durchgesetzt werden muß. Der Umfang dieser Maßregeln wird aber erst ganz allmählich erweitert werden können. Beginnen wir beim Maximalarbeitstag. Da ist es keineswegs angängig, die Krankenpflegerin schlichtweg auf eine Stufe mit der gewerblichen Arbeiterin zu stellen. Die gewerbliche Arbeit braucht in der Regel nicht Tag und Nacht durchgeführt zu werden — die Krankenpflegetätigkeit duldet keine Unterbrechungen. Eine Pflegerin mit elf Arbeitsstunden am Tage, eine zweite mit zehn Stunden in der Nacht — was wird denn da aus den Kranken in den andern drei Stunden? Gewiß könnte man Hilfskräfte heranziehen, aber v. Halle sagt ja selbst, vorläufig sei das Angebot an Pflegerinnen noch unzulänglich, also muß man doch erst einmal warten, bis man allgemein über reichliche Reserven verfügt, um dann erst eine Maßregel von so einschneidender Bedeutung zu erwägen. Vorläufig lautet das Postulat u. E. nur: in jedem größeren Betriebe, und bei jedem schweren Dienst auch in kleinen Betrieben bzw. in der Privatpflege, strenge Trennung von Tag- und Nachtdienst! Hinzufügen möchte ich als Forderung auch, daß der Wechsel zwischen Tag- und Nachtdienst in kürzestens 14tägigen Fristen erfolgen kann. Denn an die veränderte Lebensweise mit Tag-Schlafen und Nacht-Wachen muß der Körper sich immer erst gewöhnen, und bei raschem Wechsel von Tag- und Nachtdienst sind ernste Erschöpfungszustände zu befürchten.

Für unmöglich halte ich selbst in großen Betrieben die Durchführung vorher festzulegender Arbeitspausen im Laufe des Tages und die von vornherein zu regelnde Rücksichtnahme auf den Menstrualzustand. Gerade in großen Betrieben sind die Arbeitsfelder der einzelnen Pflegerinnen streng differenziert. Eine Schwester hat den Operationssaal, eine die Scharlachstation, eine die Diphtheriebaracke, eine die chirurgischen Kranken usw. Keine kann die Andre ohne weiteres vertreten, viele müssen sogar allen andern Abteilungen möglichst fern bleiben. Da man nicht gut Reserveschwestern halten kann, welche bloß in den Erholungsstunden der Andern in Aktion treten, so bleiben diese Pausen ein frommer Wunsch. Ähnlich liegt es mit den Menstrualpausen — abgesehen davon, daß den Pflegerinnen ein solches öffentliches Erkennenlassen ihres monatlichen Unwohlseins meist recht peinlich sein würde.

Dagegen die Anordnung einer maximalen Stundenzahl für die Woche, die Fürsorge für behagliche Räume zur Benützung in den Ruhezeiten, die Gewährung eines mindestens vierwöchentlichen Urlaubs im Jahre für alle organisierten oder in fester Stellung befindlichen Pflegerinnen, die Befreiung der Pflegerinnen von dauernder grober Hausarbeit — das Alles muß und kann durchgeführt werden.

Das gleiche gilt von Invaliditäts- und Altersversorgung. Und zwar muß eine Pflegerin als invalide gelten,, wenn sie berufsinvalide ist, und ihre Rente muß auf eine solche Höhe gebracht werden, daß ihr eine bescheidene bürgerliche Existenz verbürgt wird. Ferner muß die Altersversorgung eintreten, wenn die Pflegerin für die Ausübung ihres Berufs im engsten Sinne, also für schwere Krankenpflege bei Tag und Nacht, zu alt geworden ist. Das wird wohl durchschnittlich Mitte der vierziger Jahre schon der Fall sein. Eine solche Heraushebung über diejenige Fürsorge, welche der gewerbliche Arbeiter genießt, sind wir den Pflegerinnen um der Art und des sozialen Wertes ihrer Tätigkeit willen schuldig. Darüber hinaus werden sich schwerlich vorerst Wünsche verwirklichen lassen. F. L.

Belgischer Irrengesetzentwurf.

Im dritten Heft der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform bespricht Dr. Wellenbergh das Projekt eines neuen belgischen Irrengesetzes. Das belgische, etwa 55 Jahre alte Irrengesetz wurde im Jahre 1873 durch eine Umarbeitung etwas verändert. Neuerdings fühlten sich ein Landespräsident und ein Staatsanwalt veranlaßt, die Artikel des Gesetzes gründlich zu revidieren und größtenteils neu zu gestalten. Zu dem Gesetz mit seinen acht Abschnitten und 38 Artikeln gehört ein „Réglement organique“, mit ebenfalls acht Abschnitten, aber 92 Artikeln. Die Umarbeitung betrifft vorläufig lediglich das Gesetz; sie hat die acht Artikel beibehalten, enthält aber 45 Artikel, von denen 19 ganz neu sind, 13 Zusätze oder Veränderungen erfahren haben, während 13 ganz unverändert geblieben sind. Dr. Wellenbergh faßt den Eindruck, welchen ihm die neuen und umgeänderten Artikel, namentlich in ihrer Motivierung gemacht haben, dahin zusammen, daß ihm Belgien als ein Land vorkommt, in dem die unbegründete Aufnahme und Zurückhaltung Geistesgesunder in den Anstalten ein tägliches Vorkommnis ist, in dem die Irrenärzte eine untergeordnete Stellung gegenüber den Laien und Geistlichen einnehmen, denen Leitung und Verwaltung der Anstalten obliegt, in dem die neueren Ansichten über Irrenpflege, namentlich über freie Behandlung, noch wenig Boden gefaßt haben, und die Geisteskranken unter Umständen mit Gefängnisinsassen auf gleiche Stufe gestellt werden. Zum Beweis des Behaupteten führt Verfasser einige Artikel bzw. auch ihre Motivierung an. Nach Art. 13 müssen binnen 24 Stunden nach der Aufnahme des Kranken mindestens acht Briefe abgesandt werden: an den Gouverneur der Provinz, den Staatsanwalt, den Friedensrichter, den Bürgermeister, die Aufsichtsbehörde; durch den Staatsanwalt an die Heimatsgemeinde, die Angehörigen und die Leute, bei denen der Kranke zuletzt gewohnt hat. Das scheint aber noch nicht zu genügen, denn Art. 14 bis 16 enthalten folgende neue Bestimmungen. Während der ersten fünf Tage der Unterbringung kann die Person, die der Geisteskrankheit verdächtigt (!) wird, den Besuch von Ärzten und Anwälten nach eigener Wahl verlangen und mit ihnen sowie mit Verwandten und Freunden in Briefwechsel treten; die Briefe müssen uneröffnet abgeschickt werden. Sie kann ferner von jeder durch den Staatsanwalt autorisierten Person und muß täglich durch den Oberarzt besucht werden. Während der folgenden fünf Tage muß der Staatsanwalt oder sein Stellvertreter den Eingesperrten besuchen und sein Gutachten, sowie Notizen und Schlußfolgerungen des Anstaltsarztes dem Gerichtspräsidenten übermitteln. Dieser erstattet dem Gericht Bericht, das dann wieder einem Richter entsendet, um mit dem Kranken ein Verhör in den Formen der Strafprozeßordnung vorzunehmen. In der Begründung heißt es u. a.: „Die Irrenärzte sind im allgemeinen Schwarzseher, weil sie die Verhältnisse nicht kennen, die man wissen muß, um zu entscheiden, ob die Gemütsleiden eine wirkliche oder eine eingebildete Ursache haben.“ — „Nicht selten hört man als Geistesstörung bezeichnen, was nur ein Wutanfall oder ein tiefer Schmerz ist“ usw.

Während das bisherige Gesetz sich mit einem ärztlichen Zeugnis begnügte, verlangt das Projekt in Art. 11 zwei Zeugnisse von Ärzten, die nicht an der Anstalt tätig sind und selbständig den Kranken in den letzten 14 Tagen besucht haben; ein Zeugnis genügt aber, wenn darin die die Aufnahme

erforderlich machenden Tatsachen einzeln erwähnt werden. Es bedarf ferner keines ärztlichen Zeugnisses, wenn die Aufnahme eines Entmündigten vom Vormund mit Zustimmung des Familienrates beantragt wird. Verf. weist darauf hin, daß bei dem Heer von Ärzten und Anwälten zur Kontrollierung des Zustandes, dem Gutachten des Staatsanwalts und dem Urteil des Gerichtshofs, die alle in Art. 14—16 vorgesehen sind, diese detaillierten Bestimmungen über die Aufnahmeatteste doch überflüssig erscheinen. Die in dem Projekt vorkommenden Ausdrücke „sequéstration" und „internement" klingen, als wäre von Verbrechern, die man einsperrt, die Rede; sie charakterisieren den Geist des Projekts.

Auch der alte Begriff des „Lucidum intervallum" lebt wieder auf. Es spielt in den Artikeln 38 und 41 eine Rolle, die sich auf Gültigkeits- resp. Nichtigkeitserklärung von Aufträgen bzw. Verfügungen der Geisteskranken beziehen. Nach Art. 38 muß der Arzt das Lucidum intervallum feststellen, nach Art. 41 nicht.

Überall in dem Projekt spielt der Arzt eine untergeordnete Rolle. So heißt es z. B., daß er die Entlassung eines Kranken vom Direktor verlangen kann, daß bei Meinungsverschiedenheiten der Regierungspräsident entscheidet usw. Während in der Begründung des Projekts der Mangel an vorgebildeten Psychiatern beklagt und die Leitung einer Anstalt durch einen beliebigen, in der Nähe wohnenden Arzt gebrandmarkt wird, lautet Art. 1 wörtlich: „Geistesgestörte Personen können interniert werden: a) in ihrer Wohnung oder bei Verwandten und Freunden, b) in einer Irrenanstalt, die von einem Spezialarzt geleitet und zur Behandlung von vermeintlich heilbaren Kranken ohne Fesseln und Zwangsmittel bestimmt ist, c) in jeder anderen öffentlichen oder privaten Irrenanstalt. — Obwohl in den Erläuterungen die Zunahme der Zwangsanwendungen beklagt wird, wird doch jede andere Anstalt zur Unterbringung von Kranken für geeignet gehalten.

Die beiden Autoren des Projekts beklagen, daß die Versorgung der Geisteskranken in Belgien noch von den „Traditionen des Mittelalters" beherrscht werde. Verf. zweifelt, daß ihr eigenes, unter Ausschluß der Ärzte und der Sachkenntnis entstandenes Projekt hieran etwas ändern wird.

Strafrechtliche Verantwortlichkeit eines Arztes, welcher eine Operation nach einer ehemals in einem klassischen Werke empfohlenen, inzwischen aber verlassenen Methode ausführt.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905.)

Ein Landarzt operierte eine Hydrocele genau nach der Vorschrift, die Prof. Tillaux in der zweiten Ausgabe seiner Chirurgie von 1891 macht: mit Injektion von 30 g einer 5%igen Kokaïnlösung, nach deren Enfernung nach drei Minuten die folgende Injektion von Jodtinktur schmerzlos verlaufen sollte. Unmittelbar nach der Einspritzung des Kokaïns kollabierte der Kranke und starb. Anklage auf fahrlässige Tötung war die Folge. Vom Richter wurde betont, daß Dr. X. sich nicht auf die Höhe seiner Wissenschaft gehalten habe; denn Tillaux habe in der dritten Auflage seines Werkes, 1894, die Kokaïninjektion ausdrücklich verworfen und zwar ebenfalls nach einem plötzlichen Todesfalle. In unserem Falle war bei der Autopsie Arteriosklerose der Aorta festgestellt worden; außerdem alte pleuritische Adhäsionen. Die Verteidigung stützte sich nach einem Gutachten von Brouardel in Paris und Lépine in Lyon auf diesen Befund und hielt den Tod für ein Ereignis, welches den gelegentlichen unvermeidlichen Unglücksfällen beim Chloroformieren gleich gestellt werden müsse. Die Kokaïninjektion könne nicht angeschuldigt werden, da Prof. Tillaux sie nach hundertfacher günstiger Erfahrung empfohlen habe. Außerdem könne vom praktischen Arzt nicht verlangt werden, daß er jede Änderung verfolge, die in den häufigen neuen Auflagen der Lehrbücher angegeben werde. Das Gericht trat dem nicht bei, sondern verurteilte Dr. X. zu 500 Fr. Strafe und den Kosten. Der Appellhof zu Lyon sprach ihn jedoch frei und begründete das Urteil damit, daß X., indem er den Vorschriften des einzigen ihm bekannten neueren Lehrbuches eines berühmten Verfassers folgte, kein strafbares Vergehen, keinen schweren Kunstfehler begangen haben könne, zumal durch den Sektionsbefund nicht festgestellt sei, welchen Anteil die Kokaïneinspritzung an dem üblen Ausgange hatte. Ktg.

Praxis-Verkauf.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905, Nr. 10.)

Ein Arzt in Paris hatte seine Praxis für 12000 fr. an einen Kollegen verkauft. Die Patienten blieben diesem aber nicht treu. Er strengte deshalb nach einiger Zeit eine Klage auf Annullierung des Vertrages an. Das Gericht entschied für ihn, indem es ausführte, daß der Erfolg in der Praxis von der Persönlichkeit des Arztes und dem Vertrauen abhänge, welches er einflöße. Diese Eigenschaften lassen sich nicht auf einen andern übertragen; ebenso könne eine in ihren Entschließungen unabhängige Klientel niemals ein Handelsobjekt sein. Ktg.

Massenerkrankungen nach Fleischgenuß.

In Konstadt in Oberschlesien sind zwölf Erkrankungen und ein Todesfall vorgekommen, die nach den Mitteilungen der Tageszeitungen auf Genuß von schädlichem Fleisch zurückgeführt werden.

In den Vororten Wahren, Möckern, Ostheim und Böhlitz-Ehrenberg bei Leipzig sind nach dem Genuß von rohem, gehacktem Fleisch über 110 Personen unter Vergiftungserscheinungen erkrankt und zwei Knaben bereits gestorben. Das Fleisch haben die Schlächtermeister M. und W. in den Verkehr gebracht. Von diesen ist in einem Ort S. bei Torgau ein Rind zum Preise von 30 M. gekauft worden, das als bedingt tauglich nur im gekochten Zustande verwendet werden sollte. Angeblich hat sich der Amtsvorsteher. trotz Kenntnis dieser Tatsache, um den Verbleib des Fleisches nicht gekümmert.

Endlich zeigten sich in Blomberg bei Detmold bei zahlreichen Teilnehmern eines Festessens im Anschluß an die landwirtschaftliche Ausstellung Vergiftungserscheinungen, deren Ursache noch nicht aufgeklärt ist. (Zeitschrift für Fleisch- und Milchhygiene.)

Ursachen feuchter Wohnungen.

Das städtische Wohnungsamt in Stuttgart hat eine Bekanntmachung erlassen, in der die Gründe der Feuchtigkeit der Wohnungen dargetan werden. Die Hauptschuld liegt danach in der falschen Behandlung der Wohnungen, in einer schlechten Ventilation, besonders in Verbindung mit den häuslichen Verrichtungen des Kochens, Waschens, Wäschetrocknens in den Wohnungen. Das Amt gibt eine Reihe von Vorschriften zur Verhinderung des Feuchtwerdens, das auch das Erwärmen im Winter erschwert. Auch in der kalten Jahreszeit sollte danach so oft wie möglich gelüftet werden, insbesondere aber nach dem Aufstehen, nach dem Mittagessen und vor dem Zubettgehen. Wenn in einem Zimmer gewaschen wird, wenn beim Kochen sich starker Dampf entwickelt, so sollte wenigstens der obere Fensterflügel geöffnet werden, damit der Dampf abziehen kann; nach der Wäsche ist gründlich zu lüften. Das Trocknen nasser Wäschestücke im Zimmer soll vermieden werden, auf jeden Fall aber nach dem Trocknen und unter allen Umständen abends vor dem Zubettgehen gelüftet werden. Der Waschzuber ist sofort nach dem Gebrauch auszuleeren. Natürlich ist Unordnung und Unsauberkeit, wie sie die Wohnungsinspektion

leider allzu oft feststellen muß, einer der schlimmsten Schäden; Staub, Schmutz- und Speisereste müssen täglich beseitigt werden. Das Amt kommt zu der pessimistischen Auffassung, daß der größte Prozentsatz schlechter Wohnungen dem Verschulden des Inhabers zuzurechnen sei. (Soziale Praxis.)

Fürsorge für mittellose Rekurskläger.

Im Rekursverfahren vor dem Reichs-Versicherungsamt darf nach den Arbeiter-Versicherungsgesetzen der klägerische bzw. beklagte Teil persönlich seine Sache vertreten. Von diesem Rechte machen, obwohl allgemein in die unparteiische Rechtsprechung des R.-V.-A. großes Vertrauen gesetzt wird, von Jahr zu Jahr mehr Arbeitnehmer Gebrauch. Selbst von auswärts, aus entfernten Provinzen, kommen namentlich Unfallverletzte immer häufiger vor das Forum der höchsten Instanz in Unfallversicherungssachen. Sie opfern für die Reise ihre letzten Ersparnisse und glauben, daß sie in Berlin sofort Geld erhalten werden. Selbst bei Anerkennung ihrer Entschädigungsansprüche kann indes nicht immer gleichzeitig auch die Zahlung von Rente erfolgen, schon nicht aus bureautechnischen Gründen. Das R.-V.-A. ist daher in den letzten Jahren wiederholt in die unangenehme Lage gekommen, für die Unterbringung solcher mittellosen Personen sorgen zu müssen, und hat dieselben in der Regel nach dem Familienobdach der Stadt Berlin gewiesen. Von arbeiterfreundlicher Seite ist jedoch gegen diesen allerdings einfachsten und billigsten Ausweg Einspruch erhoben worden mit der Begründung, daß ein auswärtiger Unfallverletzter, der in Berlin sein gutes Recht sucht und nach langem Harren endlich auch findet, nicht nötig habe, deshalb mit dem Armenhause persönliche Bekanntschaft zu machen. In Zukunft wird ein anderes Verfahren Platz greifen. Nur diejenigen mittellos in Berlin zurückgebliebenen Arbeitnehmer, deren Entschädigungsanspruch endgültig abgewiesen wird, werden dem Obdach überwiesen, bis ihre zuständige Heimatsbehörde sie auslöst und heimbefördert. Für andere, mit ihren Ansprüchen durchgedrungene Arbeitnehmer wird in angemessener Weise gesorgt, bis von der zur Rentenzahlung verurteilten Berufsgenossenschaft die erforderlichen Geldmittel anlangen. Die letztere Praxis kommt auch dann zur Anwendung, wenn im Streitverfahren vor dem R.-V.-A. noch nicht endgültig Beschluß gefaßt werden kann, aber im Prinzip die Berechtigung des Anspruchs anerkannt worden ist. (Tiefbau.)

Eine internationale Ausstellung für öffentliche allgemeine Gesundheitseinrichtungen und Hygiene und sanitäre Hilfe bei Transporten

wird anläßlich der Eröffnungsfeier des Simplontunnels in Mailand 1906 stattfinden. Die Ausstellung wird sieben Abteilungeu umfassen: für allgemeine öffentliche Hygiene, für landwirtschaftliche Hygiene, für ärztliche Hilfeleistungen bei Transporten zu Lande, für Hygiene im Schiffahrtsverkehr, für Wartung bei Militärtransporten, Kranker und Verwundeter, für Hygiene in der Industrie und für Unfallverhütung.

Ministerial-Erlasse.

I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Allerhöchster Erlaß vom 24. April 1905, betreffend die künftige Bezeichnung des Statistischen Bureaus in Berlin.

Das Statistische Bureau in Berlin führt künftighin die Bezeichnung „Königlich Preußisches Statistisches Landesamt".

II. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Erlaß vom 22. Mai 1905, betreffend diejenigen Zweigvereine des Vaterländischen Frauenvereins, denen die Erlaubnis zur Führung des Roten Kreuzes a. w. Gr. gewährt worden ist.

Es wird ein Verzeichnis von 77 solchen Vereinen mitgeteilt.

III. Verkehr mit Nahrungsmitteln.

Erlaß vom 25. Mai 1905, betreffend Mißbrauch und Verwahrung von Fleischbeschaustempeln.

Es ist mehrfach festgestellt, daß amtliche Fleischbeschaustempel zur Abstempelung nicht untersuchten Fleisches mißbraucht worden siud. Dieser Mißbrauch ist durch ungenügende Aufbewahrung der Stempel seitens der Beschauer ermöglicht worden. Diesen soll daher die sichere Aufbewahrung der Stempel und fortwährende Beaufsichtigung während des Gebrauchs zur Pflicht gemacht werden. Verletzungen dieser Pflicht würden Verlust des Amtes zur Folge haben.

— — 27. Mai 1905, betreffend den Verkehr mit gefälschtem und nachgemachtem Honig.

Eine strenge Überwachung der Herstellungs- und Verkaufsstätten für künstlichen Honig ist nach wie vor erforderlich. Für die Frage strafrechtlichen Einschreitens ist das Urteil der 4. Strafkammer des Landgerichts I Berlin und die bestätigende Entscheidung des II. Strafsenats des Reichsgerichts vom 14. Juni 1904 von Bedeutung. Es wird ersucht, die Herstellung und den Vertrieb von Kunsthonig weiter streng zu überwachen und weiteren Bericht zum 1. April 1907 zu erstatten. Die erwähnte Reichsgerichtsentscheidung verwirft die Revision der Angeklagten unter der Begründung, daß der von ihnen in den Verkehr gebrachte Honig nicht die Beschaffenheit des reinen Bienenhonigs hatte, sondern zu 60 % mit fremdartigen Bestandteilen — und zwar nicht einmal mit Traubenzucker, sondern mit Stärkesirup durchsetzt war. Der geringe Preis konnte wohl die unmittelbaren Abnehmer, nicht aber das kaufende Publikum zu dem Schlusse veranlassen, daß es sich um verfälschten Honig handelte. Es lag also eine Täuschung des letzteren vor.

— — 29. Mai 1905, betreffend die Verwendung des „Sterilisols" als Konservierungsmittel.

Da das „Sterilisol" entgegen dem Hinweise, daß es ein gesundheitlich unbedenkliches Konservierungsmittel sei, mit dem es in den Handel gebracht wird, infolge seines Gehalts von 2½ % Formaldehyd als gesundheitlich bedenklich anzusehen ist, wird ersucht, die beteiligten Kreise der Bevölkerung auf die nicht einwandfreie Zusammensetzung des Präparats aufmerksam zu machen.

IV. Seuchenbekämpfung.

— betreffend die Ausstellung von Zählkarten über Erkrankungs- und Todesfälle an Pocken.

Über jeden Erkrankungs- und Todesfall an Pocken sind von dem zuständigen beamteten Arzt — Kreisarzt — Zählkarten nach Formularen auszustellen und durch die Regierungspräsidenten dem Minister einzureichen. Die Formulare bleiben nebst den beigefügten „Gemeinverständlichen Belehrungen" bei den Akten und werden erst bei dem Vorkommen von Pockenfällen an die Kreisärzte bzw. Polizeibehörden ausgegeben.

— — 30. Mai 1905, betreffend Berichte über das Vorkommen der übertragbaren Genickstarre in Preußen im Jahre 1904.

Aus diesen Berichten ist eine das ganze Staatsgebiet umfassende Zusammenstellung angefertigt worden, die den Regierungspräsidenten zur Kenntnisnahme und weiteren Veranlassung zugeht.

V. Schulhygiene.

— — 10. Mai 1905, betreffend die Abhaltung von Fortbildungskursen bzw. Wanderkursen für Volksschullehrer und Lehrerinnen in der Leitung von Volks- und Jugendspielen.

— — 17. Mai 1905, betreffend die Größe der Fenster in den Klassenräumen der Schulneubauten.

— — 2. Juni 1905, betreffend die Ablegung der Prüfung als Schwimmlehrerin.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. — № 15. — Ausgegeben am 1. August.

Inhalt:

Praktische Erfahrungen bei Entmündigung Trunksüchtiger.

Von

Dr. R. Wehmer,
Reg.- u. Geh. Med.-Rat zu Berlin.

Nachdem durch das „Bürgerliche Gesetzbuch" (§ 6) die Entmündigung wegen Trunksucht als neue Einrichtung eingeführt ist, dürfte es nicht ohne Interesse sein, an der Hand der Tatsachen, wenn auch zunächst nur für eine beschränkte Zeit, nämlich die Jahre 1901 bis 1904, und für einen beschränkten Teil der Monarchie, nämlich den Landespolizeibezirk Berlin, festzustellen, welche Erfolge diese neue Einrichtung gezeitigt hat. — Hierzu bot sich mir dadurch Gelegenheit, daß höherer Weisung zufolge von seiten der Gerichte durch Vermittlung des Herrn Oberpräsidenten über die Entmündigung Trunksüchtiger nähere Mitteilungen regelmäßig an das Berliner Polizei-Präsidium als Landespolizeibehörde gelangten. Sie bezogen sich auf 32 *) wegen Trunksucht vom Herbst 1901 bis Ende 1904 im Landespolizeibezirke entmündigte Personen. Die meist sehr dürftigen Angaben wurden durch Einforderung und Durchsicht der Entmündigungsakten einer jeden Person, soweit irgend möglich, sowie durch Rückfragen bei den Ortspolizeibehörden vervollständigt. Leider reicht auch das hierdurch gewonnene Tatsachenmaterial noch nicht aus, über alle hierbei in Betracht kommenden Fragen Klarheit zu gewinnen. Auch die Arztatteste, insoweit solche überhaupt vorhanden waren und insoweit sie nicht von Amtsärzten erstattet waren, ließen mehrfach das erforderliche wissenschaftliche Eingehen z. B. auf etwa vorhandene erbliche Belastung, auf die geistige und körperliche Verfassung der begutachteten Personen außerhalb der lediglich zum Trunksuchtsbilde gehörigen Erscheinungen vermissen.

Aus diesen lückenhaften Krankheitsgeschichten ließ sich folgendes entnehmen:

Im ganzen wurden, soweit bekannt, 1901 3 Personen, 1902 12 Personen, 1903 13 Personen, 1904 4 Personen wegen Trunksucht entmündigt, und zwar hiervon 17 in Berlin, 13 in Charlottenburg und 2 in Rixdorf, in Schöneberg niemand. Die große Zahl in Charlottenburg kommt vielleicht daher, daß dort ein Stadtrat, der frühere Besitzer einer größeren Privatirrenanstalt, die beteiligten Kreise persönlich für die Trunksuchtsentmündigungsfrage zu interessieren verstand.

Wie außerordentlich gering obige Zahlen sind, zumal wenn man den enormen Einfluß der Trunksucht auf Entwicklung von Geisteskrankheiten bedenkt, ergibt der Vergleich der wegen Trunksucht entmündigten Personen mit denjenigen, bei welchen Geistesstörung hierzu den Anlaß gab. Die Zahlen der letzteren werden mir dadurch bekannt, daß die Gerichte angewiesen sind, die Entmündigungsverhandlungen über diese behufs medizinischer Nachprüfung und demnächstiger Weitergabe an das Königliche Medizinalkollegium der Provinz abschriftlich dem Polizei-Präsidium einzureichen. Auch wenn diese Zahlen etwa nicht ganz allen tatsächlichen Entmündigungen

*) So viel Fälle waren bis Mitte 1905 bekannt geworden; bis Ende 1904 waren es nur 30 Fälle.

entsprechen sollten, so würden sie doch für den hier anzustellenden Vergleich genügen. — Es wurden nämlich entmündigt

	wegen Geisteskrankheit bzw. -schwäche	wegen Trunksucht
1901	119 Personen	3 Personen
1902	212 „	12 „
1903	199 „	13 „
1904	199 „	4 „

(bis Mitte 1905 bekannt geworden).

Hinzugefügt mag hier werden, daß bei 7 Personen Aufenthalt in einer Trinkerheilstätte, bei 9 in einer Irrenanstalt, bei 2 in einem Siechenhause angegeben war. Auffällig erscheint, abgesehen von der geringen Zahl der Entmündigten, ferner, daß von den 32 Trunksuchtsentmündigten 29 verheiratet und 2 unverheiratet waren, während bei einer Person dies nicht ersichtlich war. Selbstverständlich deutet dies nicht darauf, daß etwa die Ehe als solche die Trunksucht befördert, wenn auch eheliches Unglück beim einzelnen Betrinken gewiß häufig eine ursächliche Rolle spielt, sondern erklärt sich vielmehr so, daß für eine verheiratete Person oder für einen Familienvater der andere Gatte oder die Kinder durch die Herbeiführung der Entmündigung entweder für den Trunksüchtigen sorgen und ihn heilen lassen oder sich aber von ihm und seiner „Schande“ befreien wollen. Für diese Auffassung spricht auch der Umstand, daß für die beiden nicht verheirateten Personen, und zwar für einen unverheirateten Weinreisenden und ein 30 jähriges Mädchen, die in verhältnismäßig besseren Verhältnissen lebenden Angehörigen zu sorgen sich sehr bemühten.

Im allgemeinen findet der alleinstehende Trunksüchtige offenbar, — da nur die Angehörigen und die Gemeinden, deren Vertreter, ganz allgemein gesprochen, aus naheliegenden finanziellen Erwägungen aber manchmal wenig Neigung hierzu besitzen dürften, die Entmündigung wegen Trunksucht beantragen können, — meist den Weg entweder nach dem Irrenhause oder wegen seiner sich naturgemäß an die Trunksucht anschließenden Straftaten (Vagabondierens, Bettelns, Gewalttätigkeiten aller Art, Unsittlichkeiten) in die Strafanstalten. Es wäre daher dringend zu wünschen, daß auch den Staatsanwaltschaften, gleichwie bei Geistesstörungen, so auch bei der Trunksucht das gesetzliche Recht verliehen würde, die Entmündigung von Amtswegen zu beantragen.

Daß die hier näher bekannten Trunksuchtsentmündigungen noch recht wenig den von den Ärzten ausgesprochenen Wünschen entsprechen dürften, vorbeugend zu wirken, zeigt das Alter der Entmündigten; denn diese waren alle in höherem Lebensalter. Die jüngste Person war 36 Jahre, die älteste 72 Jahre alt. Näheres ergibt nachstehende Tabelle:

Es waren alt

	Männer	Frauen	darunter verheiratet
unter 30 Jahren	—	—	—
von 31 bis 40 Jahren	3	3	5
„ 41 „ 50 „	17	4	20 (1 zweifelhaft)
„ 51 „ 60 „	1	1	2
„ 61 „ 70 „	—	1	1
über 71 Jahre	1	—	1

Dem Stande nach waren

a) von den Frauen: 3 Arbeiterinnen, je 1 Dienstbote bzw. Ehefrau eines Kaufmannes, Buchhalters, Polizei-Wachtmeisters, Gastwirtes, Straßenbahnschaffners und ein unverehelichtes Mädchen,

b) von den Männern: 6 Arbeiter, 2 Schlosser und je 1 Tischler, Maurer, Töpfer, Brauereiarbeiter, Kassenbote, Kalkulator, Schneidermeister, Eisenbahnsekretär, Mechaniker, Förster, Briefträger, Hauseigentümer und Weinreisender.

Einen besonders zum Trinken anreizenden Beruf hatten 3 Personen, 1 Gastwirtsfrau, 1 Weinreisender und 1 Brauereiarbeiter.

Mit Rücksicht auf diese Alters- und Berufsstellung erscheint es auffällig, daß keine jugendlichen Personen, die man doch so oft in Anstalten aller Art zur Heilung ihrer Trunksucht findet, entmündigt wurden. Ob diese etwa durch die Furcht vor der Entmündigung sich bereit finden, auch ohne diese die Anstalten aufzusuchen, damit sie nicht den bedauerlicherweise der Meinung der großen Menge nach leider noch immer bestehenden „Makel“ einer Entmündigung wegen Trunksucht (— gleiches gilt ja bekanntlich auch von der Entmündigung wegen Geistesstörung —) auf sich laden, sei dahingestellt. Daß im übrigen die stattgehabte oder noch bestehende Trunksuchtsentmündigung den unter ihr stehenden Personen das gewerbliche Fortkommen als Arbeiter, Beamter und dergleichen ungemein erschwert, zeigten die Lebensläufe verschiedener Personen. Es ist bedauerlich, daß sich gegen diese Vorurteile, die nach Ansicht Einzelner vielleicht geringer sein würden, wenn man anstatt des deren Ansicht nach unglücklich gewählten Wortes „Trunksucht“ vielmehr „Trinkneigung“ setzen würde, so wenig ausrichten läßt. — Diese Erwägung zeigt aber, wie richtig es — quoad sanationem — wäre, was von ärztlicher Seite immer gefordert wird, wenn auch ohne Entmündigung Trunksüchtige zur Heilung zwangsweise auf die erforderliche Zeit in Anstalten gegen ihren Willen zurückgehalten werden könnten, und wenn die Entmündigung erst dann einträte, wenn alle Heilversuche vergeblich wären.

Im allgemeinen ist man in Ärztekreisen der Ansicht, daß diese Heilung auf die Dauer nur bei jugendlichen Personen zu erwarten ist. Damit steht keineswegs im Widerspruche, daß gelegentlich, wie in verschiedenen der hier zur Beurteilung stehenden Fälle, auch bei älteren Personen eine Besserung und Heilung eintritt. Leider sind aber bezüglich der hier bekannten Fälle die Angaben einerseits zu lückenhaft, und anderseits ist die Zeit ihrer Beobachtung für ein abschließendes Urteil im allgemeinen zu kurz. — Fast noch wichtiger ist die wirtschaftliche Seite dieser Frage, ob nämlich die Entmündigten durch die Behandlung in der Trinkerheilanstalt wieder erwerbsfähig werden. Dies ist um so weniger zu erwarten, je älter sie sind; von den hier bekannt gewordenen Personen waren, so weit die Akten dies ersehen ließen, 12 so verkommen und durch anderweitige mit der Trunksucht zusammenhängende Krankheiten heruntergebracht, daß dies kaum zu erwarten war. Anderseits waren auch 12 Personen mit dem Straf- oder Disziplinargesetze in Konflikt geraten. 21 Personen hatten sich gewalttätig, 4 sexuell unsittlich und 13 in anderer Beziehung unmoralisch gezeigt, wobei mehrere Personen unter diese Gruppen gleichzeitig gehörten.

Daß bei diesen Personen der kurze Aufenthalt in einer Trinkerheilanstalt, wenn sie sich in vorgerücktem Alter befinden, auf die Dauer wenig Erfolg verspricht, liegt auf der Hand. Dabei ist ferner folgender Umstand zu berücksichtigen, durch den der Wert der hier erörterten Trunksuchts-Entmündigungen noch mehr herabgesetzt wird:

Unter den wegen Trunksucht entmündigten Personen befanden sich 10, die wohl korrekter wegen „Geistesschwäche“ zu entmündigen gewesen wären, und weitere 5, bei denen dies zweifelhaft sein konnte. Vielleicht hätten auch noch weitere der hier in Betracht gekommenen Trunksüchtigen auf Grund der alten Bestimmungen entmündigt werden können. — Diese Ausführungen finden eine weitere Stütze durch den Umstand, daß bei vier Personen erbliche Belastung, bei einer Epilepsie und bei zwei mehrfache Berufswechsel angegeben wurden. Vielleicht wäre Ähnliches noch häufiger angegeben worden,

wenn überall eine ärztliche Begutachtung stattgefunden hätte, wenn die die Atteste ausstellenden Ärzte etwas eingehender die Sachen behandelt hätten. Es mag dahingestellt sein, ob dies nicht vielleicht geschehen wäre, wenn die ärztlichen Gutachter hierbei die Nachprüfung derselben durch das Königliche Medizinal-Kollegium der Provinz zu erwarten gehabt hätten.

Jedenfalls wäre es, um über die einschläglichen Fragen ein zuverlässigeres Material zur Beurteilung zu haben, dringend zu wünschen, daß regelmäßige ärztliche Begutachtung einerseits und eine Nachprüfung für diese Atteste bei Trunksuchtsentmündigungen (ebenso wie bei den Entmündigungen wegen Geisteskrankheit) anderseits angeordnet würden.

Trotz aller dieser Ausführungen wird die auch jetzt mit ihren mancherlei Mängeln behaftete Einrichtung der Trunksuchtsentmündigung, obwohl sie zunächst mehr eine sicherheitspolizeiliche oder soziale als eine ärztlich-heilende Maßnahme darstellt, als ein Fortschritt mit Dank zu begrüßen sein. Denn sie ermöglicht wenigstens eine Entmündigung in solchen Fällen, in denen der Kranke trotz vom Arzte beigebrachten Beweismateriales doch von dem ausschlaggebenden Entmündigungsrichter wegen „Geistesstörung“ nicht entmündigt wurde, während er für die Entmündigung wegen „Trunksucht“ sich bereit finden ließ.

In dieser Beziehung wurden bemerkenswerte Ausführungen von seiten der Kreis- und Gerichtsärzte in der Versammlung der Amtsärzte des Landespolizeibezirkes Berlin am 13. Dezember 1904 nach einem einleitenden Vortrage des Verfassers dieses Aufsatzes angeführt.

Hierbei wurde auch darauf hingewiesen, daß es dringend nötig sei, Bestimmungen zu treffen, welche die zwangsweise Zurückhaltung Trunksüchtiger in den Heilanstalten, denen sie überwiesen seien, wie dies bei den Geisteskranken der Fall ist, ermöglichten.

Ebenso wurde betont, daß die Zeit, nach welcher die Entmündigung wieder aufgehoben würde, in der Regel ihrer Ansicht nach zu kurz bemessen sei, daß insbesondere mindestens sechs bis neun Monate nach erfolgter Anstaltsentlassung gewartet werden müßte.

Endlich wurde die Notwendigkeit betont, aufklärend dahin zu wirken, daß man die Trunksüchtigen nicht, wie leider oft noch die Geistesgestörten, als verworfene unsittliche Personen, sondern in erster Linie als unglückliche Kranke betrachten solle, vor allen Dingen aber, daß einer Person durch den zeitweiligen Aufenthalt in einer Trinker- oder Irrenheilanstalt nicht ein ebenso schwerer Makel angeheftet würde, als etwa durch den Aufenthalt in einer Strafanstalt. Von ärztlicher Seite allein kann aber diese Aufklärung nicht erfolgen.

Die myasthenische Paralyse vom Standpunkt des ärztlichen Sachverständigen aus.

Von
Professor Dr. med. **L. Bruns**.
Nervenarzt in Hannover.

(Schluß.)

In ätiologischer Beziehung ist über die myasthenische Paralyse wenig sicheres zu sagen. Eine Bevorzugung besonderer Stände und Berufe zeigt das Leiden nicht; Oppenheim hebt allerdings hervor, daß unter 35 von ihm zusammengestellten Fällen sich fünf oder sogar sechs Lehrer fanden (siehe unten). Namentlich läßt sich ein Zusammenhang mit gewissen gewerblichen Schädlichkeiten, vor allen mit in vielen Gewerben gebrauchten Giften nicht nachweisen. Auch eine sichere Beziehung zu Infektionen und anderen nicht gewerblichen Intoxikationen findet sich nicht; daß manche den Bulbus oder das gesamte zentrale Nervensystem treffende entzündliche Prozesse nach Infektionen und Intoxikationen z. B. nach Fleisch- und Wurstvergiftung (Myelitis bulbi und Polioencephaelomyelitis) klinisch der Myasthenie sehr ähnlich sehen und wie sie sich unterscheiden lassen, ist oben besprochen. Traumatische Einflüsse scheinen bei der Myasthenie nicht von Bedeutung zu sein. — Einer meiner Patienten war Alkoholiker und erlitt einen schweren Rückfall nach einem Alkoholexzess. — Sicher spielt bei der myasthenischen Paralyse die erbliche nervöse Disposition eine große Rolle. Dahin gehört die häufige Verbindung des Leidens mit Migräne und die nicht so ganz seltene mit Morbus Basedowii; ferner das Vorkommen von Geistesstörungen, Epilepsie und anderen Neurosen bei nahen Verwandten; dann der von Oppenheim besonders hervorgehobene Befund angeborener Entwicklungsstörungen, Ptosis, Mikrognathie, doppelter Zentralkanal. Auch verdient es wohl hervorgehoben zu werden, daß in nicht so ganz wenigen der zur Sektion gekommenen Fälle sich mehr oder weniger bösartige Neubildungen fanden; Geschwülste über der Niere, im Mediastinum, multiple Myelome; ich verweise in dieser Beziehung auch auf das im Abschnitte „Pathologische Anatomie“ gesagte.

Schwierig ist es, die Bedeutung körperlicher Überanstrengung für die Myasthenie richtig abzuschätzen. Ich habe oben Oppenheim zitiert mit der Feststellung der Häufigkeit der Lehrer unter den Myasthenikern. Es liegt nahe, hier an Überanstrengung der bulbären, namentlich der der Sprache dienenden Zentren zu denken. Im übrigen aber habe ich wenigstens in meinem Fällen nie eine körperliche oder geistige Überanstrengung wahrnehmen können; es liegt, wie Oppenheim anführt, die Gefahr nahe, eine Muskelanstrengung fälschlich deshalb als Ursache für das Leiden anzusehen, weil, wenn dieses erst vorhanden ist, auch geringe Muskelanstrengungen wegen der krankhaften Ermüdbarkeit die Symptome sehr verschlimmern.

Die Prognose der myasthenischen Paralyse ist eine sehr ernste; ein großer Teil der Kranken geht namentlich in den oben beschriebenen asphyktischen Anfällen, die heimtückisch auch zu Zeiten sonstiger tiefer Remissionen eintreten können, zugrunde — auch sonst hat das Leiden, wie auch die oben gegebene Krankeitsgeschichte lehrt, trotz aller Remissionen einen progressiven Charakter und führt dadurch schließlich zu so schweren Erscheinungen, daß die längere Erhaltung des Lebens damit nicht mehr verträglich ist. Immerhin ist doch gegenüber der chronisch progressiven Bulbusparalyse, mit der eine Verwechslung der Myasthenie wohl am häufigsten passiert, die Prognose dieser Krankheit eine wesentlich bessere; der Verlauf des Leidens ist ein meist sehr viel langsamerer; es kommt, wie wir sehen, zu weitgehenden Remissionen, selten zu vollen Intermissionen des Leidens; aber auch über vollständige Dauerheilungen wird berichtet.

Therapeutisch kommt vor allen Dingen die größtmögliche körperliche Ruhe in Betracht, die so lange wie möglich ausgedehnt werden sollte. Die obige Krankengeschichte lehrt, daß die tiefgehendsten Remissionen nach langer Bettruhe im Krankenhause eintraten. Leider sind die Kranken zu energischer Durchführung dieser Ruhekur nicht oft zu bewegen.

Von Interesse ist noch das „Pathologisch-Anatomische“ der Erkrankung. Obgleich nach dem ganzen Krankheitsbilde und seinem Verlaufe es klar ist, daß es sich um ein organisches Leiden, nicht etwa um eine Neurose handelt, hat doch die genaueste Untersuchung des Zentralnervensystems bisher einen pathologisch-anatomischen Befund nicht ergeben. Dagegen haben

sich in den Fällen Laqueur-Weigert*), Goldflam-Flatau**) und Link***) Metastasen bösartiger Tumoren in den Muskeln — in Weigerts Falle Metastasen einer bösartigen Thymusgeschwulst nachweisen lassen.

Nach dieser, wie ich glaube, für den vorliegenden Zweck ausreichenden Darstellung des Krankheitsbildes der „Myasthenischen Paralyse" komme ich nun zu denjenigen Punkten, durch die diese Krankheit ein forensisches Interesse gewinnen, resp. der Gegenstand ärztlich sachverständiger Tätigkeit werden kann. In dieser Beziehung hebe ich zunächst das Vorkommen plötzlicher Todesfälle an Asphyxie resp. an ein an die asphyktischen Anfälle sich anschließendes akutes Lungenödem hervor. Da diese Anfälle, wie wir sahen, auch im Stadium tiefer Remissionen, wenn die übrigen Erscheinungen kaum hervortreten, auftreten und zum Tode führen können, so kann ein solcher Todesfall etwas sehr Überraschendes an sich haben und wohl gar unter Umständen den Verdacht einer nicht natürlichen Todesart nahelegen, so daß dann eine gerichtliche Untersuchung der Leiche angeordnet werden würde. Der dann konstatierte, vollständig negative, pathologisch-anatomische Befund würde auch nicht geeignet sein, das Rätsel zu lösen, ja er könnte das Urteil der Untersuchenden noch mehr auf falsche Bahnen lenken. Doch werden die Umstände im ganzen wohl selten so zusammentreffen, daß eine Gefahr in der oben konstatierten Art vorliegt; meist wird man doch von dem früheren Vorhandensein schwerer Krankheitszustände hören, die an sich schon das Leben gefährden konnten, und oft wird schon aus äußeren Gründen der Verdacht eines Verbrechens nicht aufsteigen. Anders ist es dagegen, wenn die schweren asphyktischen Anfälle und der Tod sich an gewisse ärztliche Maßnahmen anschließen, die gerade zur Bekämpfung der Krankheit und ihrer Folgen angewandt sind. Diese Dinge sind nicht konstruiert, sondern wirklich beobachtet. So sah Oppenheim in einem Falle Jollys einen schweren Asphyxieanfall eintreten nach elektrischer Reizung der Atemmuskulatur, und ich selber sah ein tödliches Ödem der Lunge direkt sich anschließen an eine Sondenfütterung, die ich in Übereinstimmung mit Oppenheim, den die Kranke auf meinen Rat konsultiert hatte, angeraten hatte, um die Ernährung zu heben und der Patientin die Nahrungsaufnahme zu erleichtern. Wir hatten beide nicht daran gedacht, daß durch die bei Sondenfütterung unausbleiblichen starken Würgbewegungen schwere Ermüdungserscheinungen in der Schlundmuskulatur auftreten mußten, die sich dann auf die Atemmuskulatur selbst übertrugen, während in dem Jollyschen Falle diese Atemmuskulatur selbst durch die elektrische Reizung ermüdet wurde. Ich bin der Ansicht, daß man beide Manipulationen, die elektrische Behandlung und die Sondenfütterung, bei dieser Krankheit besser unterläßt; selbst wenn das Schlucken sehr beschwerlich ist, ist die Nahrungsaufnahme durch den Mund immer noch am wenigsten gefährlich und kann bei nötiger Geduld auch ausreichend sein. Auch den Vorschlag Oppenheims, vor einer Sondenfütterung den Schlund mit Kokain zu anästhäsieren, kann ich nicht für ganz ungefährlich halten. Aus naheliegenden Gründen — den hier auftretenden, häufigen, starken Würg- und Brechbewegungen — dürfte auch eine allgemeine Narkose bei der Myasthenie sehr gefährlich sein, und man wird wohl bei Kenntnis der Krankheit stets von ihr absehen und womöglich Methoden der Lokalanästhesie anwenden. Sind aber solche Unglücksfälle, wie der oben von mir selbst erlebte, nach Sondenfütterung oder aber, was bisher allerdings noch nicht beobachtet ist, nach Chloroformnarkose wirklich eingetreten, und kommt es zu einer gerichtlichen Untersuchung derselben, so könnte der Sachverständige bei nicht gehöriger Kenntnis der vorhergegangenen Krankheitserscheinungen leicht zu der Ansicht kommen, daß eine fahrlässige Tötung — z. B. Sondenfütterung in den Kehlkopf oder unvorsichtige Narkosen — von Seiten des behandelnden Arztes vorläge, während er bei genauer Kenntnis der Sachlage diesen wohl exkulpieren müßte. Freilich, eine gewisse Unvorsichtigkeit des behandelnden Arztes wird nach meiner Ansicht allein schon aus der Vornahme der Narkose oder der Sondenfütterung herzuleiten sein, die man, wie gesagt, bei der Myasthenie besser unterläßt. Eine tödlich endigende Asphyxie nach einer etwas kräftigen elektrischen Behandlung wird auch bei der Myasthenie wohl kaum jemals als Fahrlässigkeit des behandelnden Arztes ausgelegt werden können, da hier der Unterschied zwischen Ursache und Wirkung so groß ist, daß man den unglücklichen Ausgang kaum auf die doch sonst so harmlose Behandlung schieben wird.

Daß eine falsche Diagnose bei der Myasthenie, namentlich eine Verwechslung mit der Hysterie, auch bei Begutachtung des Patienten z. B. für die Alters- und Invalidenversicherung, dem Kranken in seinen berechtigten Ansprüchen schädigen kann, ist wohl ohne weiteres klar; ja einem sehr oberflächlichen Gutachter könnte es hier sogar passieren, eine vollständige Simulation anzunehmen. Die Verwechslung mit der Hysterie kann aber für den Kranken auch noch andere schädliche Folgen haben. Wir sind heute gewohnt, wenn wir ein hysterisches Krankheitsbild vor uns haben, den Patienten mit einiger Energie anzufassen, bei Muskelschwachen z. B. reichliche Muskelübungen, im ganzen möglichst viel Bewegung in freier Luft anzuraten. Das ist aber gerade bei der Myasthenie das verkehrteste; hier sollen wir dem Kranken für längere Zeit womöglich alle unnötigen Muskelbewegungen ersparen und wir können durch ein Regime, wie es bei der Hysterie richtig ist, bei der Myasthenie sehr schaden, den Krankheitsverlauf sehr beschleunigen und vielleicht sogar einen akuten tödlichen Ausgang rascher herbeiführen. In dieser Beziehung liegen bei der myasthenischen Paralyse die Verhältnisse ganz ähnlich, wie bei der multiplen Sklerose, bei der wegen der Flüchtigkeit und dem Wechsel mancher objektiven Symptome und dem häufigen Vorkommen des Leidens bei jugendlichen, weiblichen Individuen, die Verwechslung mit Hysterie recht oft vorkommt und wo die darauf begründete Anordnung ausgedehnter Körperbewegungen ebenso, wenn auch vielleicht nicht so offensichtlich schädlich wirken kann, wie bei der Myasthenie. In unserer „haftpflichtfrohen" Zeit wird es aber unter solchen Umständen leicht vorkommen können, daß der Patient oder seine Angehörigen für die offenbar schädlichen Folgen seiner Maßnahmen den Arzt verantwortlich machen und Entschädigung verlangen. Dasselbe könnte der Fall sein, wenn nach den oben erwähnten ärztlichen Maßnahmen — elektrische Behandlung, Sondenfütterung, Chloroform- oder Äthernarkose — eine erhebliche Verschlechterung des Zustandes oder gar der Tod einträte; Bielschowsky*) hebt ganz neuerdings hervor, daß bei der häufigen Prominenz der Augenmuskellähmungen im Krankheitsbilde der Myasthenie, der Kranke vom Augenarzt nicht selten mit antisyphilitischen Kuren behandelt werde, was auch eine erhebliche Schwächung zur Folge haben könne. Eine genaue Kenntnis von der Symptomatologie des

*) Laqueur, L. u. Weigert. Beiträge zur Lehre von der Erbschen Krankheit. Neural. Zentralblatt, Nr. 13, 1901.

**) Goldflam, Weiteres über die asthenische Lähmung nebst einem Sektionsbefunde (Dr. C. Flatau). Neural. Zentralblatt, Nr. 3 ff., 1902.

***) Link. Demonstration von Muskelpräparaten bei Myasthenia gravis. M. f. Psychn Neurol., Bd. XII, Heft 1, 1902.

*) Bielschowsky, die Augensymptome bei der Myasthenie. Münchener med. Wochenschrift II. 51. 1904.

Leidens wird aber auf der einen Seite bei der richtigen Diagnose den behandelnden Arzt davon abhalten, fehlerhafte und gefährliche Kuren und einzelne Behandlungsmaßnahmen vorzunehmen, auf der anderen Seite den ärztlichen Sachverständigen bei ausreichender Anamnese in den Stand setzen, bei wirklich vorgekommenen Schädigungen die Verantwortung des behandelnden Arztes gerecht abzuwägen und vor allem auch dem Leiden der Myasthenie an sich denjenigen Teil der Schuld an Verschlechterungen zuzuweisen, der ihm zukommt; Verschlechterungen, die bei ihm ja auch ohne jede ärztliche Maßnahme zu jeder Zeit in ausgedehnten Maße vorkommen können.

Aus der Heilstätte Holsterhausen bei Werden a. d. R.

Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung.

Von

Dr. med. F. Köhler,

Chefarzt der Heilstätte.

I.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß für eine große Anzahl von traumatischen Lungenerkrankungen es recht erwünscht wäre, eine diagnostische Untersuchungsmethode zu besitzen, welche neben der physikalischen eine Bestätigung oder einen Beweis der Fehlerhaftigkeit der letzteren und ihres Ergebnisses lieferte. In sehr vielen Fällen ist gewiß die übliche physikalische Methode vollkommen ausreichend, um nach Traumen, welche den Thorax eines Individuums getroffen haben, festzustellen, ob nun eine Lungentuberkulose sich im Organismus des Unfallverletzten festgesetzt hat, bzw. ob eine alte Tuberkulose zum Aufflackern gebracht ist. In einigen Fällen liegt die Entscheidung jedoch bedeutend schwieriger. Insbesondere ist bei aufgetretenen Pleuritiden nicht unwichtig, zu entscheiden, ob es sich lediglich um traumatische Rippenfellreizungen oder um die ersten Anzeichen einer Tuberkulose handelt. Die Begutachtung eines Unfallverletzten wird sich häufig mit dieser Frage zu beschäftigen haben, ebenso wie in der Privatpraxis die Prognose des einzelnen Falles sehr von dem Charakter der Lungenaffektion abhängig ist.

Die Begutachtung der traumatischen Lungenkranken würde zweifellos aus der diagnostischen Tuberkulininjektion in vielen Fällen großen Nutzen ziehen können, wenn es sicher wäre, daß in dieser Methode uns eine untrügliche diagnostische Methode zur Verfügung stände.

Die Prüfung dieser Frage ist demnach von großem praktischen Werte für die Unfallbegutachtung, so daß ich es unternehmen möchte, in Kürze die Bedeutung der Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung zu skizzieren, auf Grund des heutigen Standes der Tuberkulinfrage. Ich muß dabei unterlassen, ausführlich die Theorie der Tuberkulinwirkung, die Immunisierungsfrage und die Einzelheiten der Technik zu erläutern; diese Punkte werden demnächst in einer eingehenden Abhandlung über die Beziehungen des Tuberkulins zum menschlichen Organismus an anderer Stelle erörtert werden. Es soll vielmehr nur die Zuverlässigkeit der diagnostischen Tuberkulinmethode, die Frage, inwieweit aus dem Ausfall der Tuberkulinanwendung Schlüsse für die Unfallbegutachtung gezogen werden können, behandelt werden. Diesen Erörterungen möchte ich einen Fall aus meiner Gutachtertätigkeit anreihen, der meines Erachtens ein gewisses Interesse für die vorliegende Frage zu erwecken imstande ist. — Schon in der Tuberkulinära, welche Anfang der neunziger Jahre nach Bekanntgabe des Kochschen Mittels anhebt, wurden Stimmen laut, daß die Zuverlässigkeit des Tuberkulins in diagnostischer Beziehung häufig zu wünschen übrig lasse, daß ausgesprochen Lungentuberkulöse auf Tuberkulininjektionen die von Koch beschriebene Reaktion vermissen ließen, und daß andererseits vollkommen gesunde Personen Tuberkulinreaktionen zeigten.

Schon 1891 erklärte Rosenbach[1]) als einer der ersten Zweifler an der Theorie R. Kochs, wenn jemand nach Einspritzung von Tuberkulin in kleinen Dosen schon starke Reaktion zeige, so sei noch lange nicht erwiesen, daß ein solcher Kranker auf Injektionen anderer Toxine nicht fiebere. Nur der Schluß sei erlaubt, daß er zu der Kategorie von Individuen gehöre, deren wärmebildende Apparate besonders erregbar sind. Da wir wissen, daß gerade Tuberkulöse diese Eigenschaft in hohem Maße zeigen, so hält es Rosenbach für gerechtfertigt, die Möglichkeit einer tuberkulösen Affektion anzunehmen; der Schluß aber, daß das betreffende Individuum nun tuberkulös sein muß, ist nicht zu ziehen, denn einerseits kennen wir auch andere nicht tuberkulöse Individuen, deren wärmebildende Apparate besonders erregbare sind, und andrerseits gibt es sicherlich Tuberkulöse, die auf Tuberkulin nicht reagieren.

Die Berechtigung dieser Ansicht Rosenbachs findet in den wichtigen Fieberursachen, deren Festlegung Krehl und Matthes[2]) zu verdanken ist, ihre Bestätigung.

Zweitens dürfte es als offene Frage anzusehen sein, inwieweit andersartige Infektionen auf das Zustandekommen einer Tuberkulinreaktion einen Einfluß haben.

Fälle von Lepra (vgl. dazu Arning in Strauß, la tuberculose et son bacille, Paris 1895, Goldschmidt[3]), Babes und Kalendero[4]) u. a.), Syphilis (Strauß und Teissier[5]) u. a.), Aktinomykose, Carcinom (Smidt[6])), Chlorose können unter Umständen, die wir noch nicht scharf zu bestimmen in der Lage sind, nach Tuberkulinanwendung typische Reaktionen zeigen. Es kann durchaus nicht von der Hand gewiesen werden, anzunehmen, daß die Erreger der Lepra, der hypothetische Erreger der Syphilis und das Gift des Carcinoms zu einer Elimination von pyrogenen Giftstoffen angeregt werden, welche in der chemischen Konstitution sich mehr oder weniger von den Albumosenausscheidungen im tuberkulösen Organismus unterscheiden mögen, in der fiebererregenden Wirkung aber übereinstimmen.

Ferner stellte Renvers[7]) 1891 auf der v. Leydenschen Klinik fest, daß geschwächte, nicht tuberkulöse Individuen ebenso mit hohem Fieber auf kleinste Dosen von Tuberkulin reagieren können, wie wir dies gewöhnlich bei Tuberkulösen beobachten. Es trifft dies aber auch zuweilen zu auf solche Fälle, bei denen wir von Schwäche im landläufigen Sinne nicht zu sprechen berechtigt sind. So erklärt auch Pickert[8]), daß er an der Hand der Erfahrungen v. Leydens, Peipers, v. Rankes, F. Schulzes und Stintzings annehmen müsse, daß auch auf kleinste Dosen Tuberkulin (1—3 mgr) zuweilen Individuen reagieren, welche als wenig oder gar nicht allgemein geschwächt zu bezeichnen sind und bei welchen Tuberkulose nicht nachweisbar ist und nicht als vorhanden anzunehmen ist.

Neisser[9]) erklärte bestimmt, daß keineswegs jede positive Reaktion eine Erkrankung an Tuberkulose bedeute. Bei 250 po-

[1]) Rosenbach, Arzt und Bakteriologe 1891.
[2]) Krehl, physiolog. Pathologie, Leipzig, C. W. Vogel.
[3]) Goldschmidt, Berliner klin. Wchschr. 1891, S. 28.
[4]) Babes u. Kalendero, Deutsche med. Wchschr. 1891, Nr. 3.
[5]) Strauß u. Teissier, Sem. médicale 1893, S. 364.
[6]) Smidt, Münch. med. Wchschr. 1904, Nr. 18.
[7]) Renvers, Deutsche med. Wchschr. 1891, Nr. 18.
[8]) Pickert, Ztschr. für Tuberkulose, Bd. IV, Heft 1.
[9]) Neisser, II. Versamml. der Tuberkuloseärzte 1904 zu Berlin, auch Neisser u Pollack, Klinisches Jahrbuch 1904.

sitiven Reaktionen lagen in 89 Fällen keine klinischen Anzeichen für Tuberkulose vor.

Koch selbst betonte, daß bei 1 ctgr Tuberkulin auch gesunde Menschen zeitweise mit Fieber reagierten. Wahrscheinlich ist diese Grenze tiefer anzusetzen. Smidt[1]), Stintzing[2]), Anders u. a. bewiesen, daß Tuberkulinreaktionen ohne Tuberkulose vorkommen, an der Hand von Sektionsergebnissen.

Ebstein[3]) erklärte mit Recht, die Frage, ob es eine obere Grenze gebe, bzw. wo dieselbe liege, bis zu welcher man die Kochsche Flüssigkeit anwenden dürfe, um eine tuberkulöse Erkrankung anzunehmen oder auszuschließen, wofern die typischen bei ihrer Anwendung auftretenden Gewebeveränderungen nicht auftreten, bzw. nicht sichtbar sind, sei eine offene. Quincke[4]) konnte sich nicht entschließen, bei allen jenen Kranken, die eine Allgemeinreaktion zeigten, latente Tuberkuloseherde anzunehmen.

Aus diesen Einzelangaben, die in ähnlicher Weise sich noch reichlich in der Tuberkulinliteratur finden, geht mit Sicherheit hervor, daß die Zuverlässigkeit des Tuberkulins in diagnostischer Beziehung anfechtbar ist und daß bei fehlender klinischer Diagnose, aber Tuberkulinpositivem Resultate, nicht ohne weiteres eine Lungentuberkulose angenommen werden darf.

Umgekehrt aber lassen zweifellos sicher tuberkulös Lungenkranke die positive Tuberkulinreaktion zuweilen vermissen.

Petruschky[5]) spricht von Fällen, die von vornherein gegen Tuberkulin unempfindlich seien.

Schon 1891 sprach Ebstein[6]) auf Grund seiner Beobachtungen aus, daß jemand, der auch auf 0,01 Tuberkulin nicht mit einer starken Temperaturerhöhung oder der darauf überhaupt nicht reagiert, doch an vorgeschrittener Tuberkulose leiden kann. Ähnliche Erfahrungen machte Biermer[7]). Auch Weber[8]) sah bei einer größeren Anzahl notorisch tuberkulöser Kranker keine allgemeine Fieberreaktion eintreten, zumal wenn das Mittel in kleinen Dosen angewendet wurde.

Olshausen[9]) beobachtete Ausfall der Reaktion bei sicher nachgewiesener, aber beschränkter Lungentuberkulose bei Schwangeren.

Eine von Schülers[10]) Patientinnen zeigte auf 6 mg Tuberkulin kein Fieber, wohl aber traten die Zeichen einer Spitzenaffektion mit deutlichem Katarrh hervor. Ohne sorgfältige klinische Untersuchung hätte die Kranke leicht als nicht reagierend und der Behandlung nicht bedürftig angesehen werden können.

Pickert[11]) berichtet von einem Fall mit negativer Reaktion, der früher Knochentuberkulose hatte, dann zwei Monate vor seinem Eintritt in die Heilstätte wochenlang Husten, Auswurf und abendliche Temperatursteigerungen bei allgemeiner Hinfälligkeit und unter starker Abmagerung zeigte. Bei dem Eintritt des Kranken waren alle physikalischen Symptome einer leichten Spitzenaffektion vorhanden.

Es steht ferner nach den Untersuchungen von Löwenstein und Rappoport[12]) über Tuberkulinimmunität fest, daß trotz Tuberkulinimmunität der Kranheitsprozeß, bzw. die unseren Untersuchungsmethoden zugänglichen Symptome fortbestehen können.

Aus allen diesen Erfahrungen aus alter wie neuester Zeit scheint mir unzweifelhaft hervorzugehen, daß unter noch unbekannten Verhältnissen sicher Tuberkulöse die Tuberkulinreaktion vermissen lassen können.

Für die Unfallbegutachtung ist demnach festzuhalten, daß nach dem Ausfall der Tuberkulinreaktion **allein** sich unser Urteil über den Charakter der traumatischen Erkrankung nicht richten darf, vielmehr sollte in erster Linie die gründliche Untersuchung und die genaue Prüfung anamnestischer und ätiologischer Momente uns in der Auffassung des einzelnen Falles leiten.

II.

Zur Erörterung der Frage der Bedeutung der Tuberkulindiagnose in der Unfallbegutachtung veranlaßte mich ein Fall, der mir kürzlich zur Begutachtung vorlag. Es handelte sich hierbei zweifellos um eine traumatische Hysterie, nach Verbrennung, mit Lokalisation der Beschwerden in der Brust.

Kurz zusammengefaßt lag der Fall folgendermaßen: Ein 30jähriger Arbeiter wurde durch eine glühende Schiene im Rücken verbrannt und in der rechten untersten Rippengegend verletzt am 21. April 1902.

Befund im Krankenhause: Auf dem Rücken in der Kreuzbeingegend eine querverlaufende, drei Finger breite, streifenförmige Brandwunde II. Grades. Knöchernes Becken nicht gequetscht. Weichteile äußerlich nicht verletzt. Läsion der Bauchorgane ausgeschlossen. Heilung der Brandwunde nach vier Wochen beendet. Am 24. Mai 1902 entlassen. Noch geringfügige Schmerzen beim Bücken. Gewicht von 71,7 auf 76 kg gestiegen.

21. Juni 1902: Arbeit aufgenommen, nach drei Stunden wegen Unfähigkeit niedergelegt. 25. Juni 1902 abermalige Krankenhausaufnahme.

Schmerzen im Rücken, in der rechten Hüfte und in der rechten Brustseite. Lungenbefund normal. Keine Erwerbsbeeinträchtigung angenommen.

9. Februar 1903: Begutachtung durch einen zweiten Arzt. Es wurde wegen negativen Befundes Muskelrheumatismus angenommen. Zusammmenhang der Beschwerden mit dem Unfall abgelehnt.

Berufung des Unfallverletzten wurde am 27. Mai 1903 vom Reichsversicherungsamte abgelehnt.

22. Dezember 1903: Ärztliche Untersuchung und Begutachtung von zwei Ärzten im Krankenhause zu E. Hier wurden in der Zeit vom 21. bis 31. August 1903 **vier Probeeinspritzungen mit Alttuberkulin** vorgenommen (0,0002 bis 0,0015). **In den nächsten 24 Stunden Temperatursteigerungen von 1 bis 2⁰, Allgemeinbefinden gestört,** allgemeine Abgeschlagenheit, Mangel an Eßlust und Kopfschmerz. Stechende Kreuzschmerzen und Stechen in der rechten Unterrippengegend. Nachts Schmerzen beim Liegen. Stirnkopfschmerz, Stechen in den Augen.

Das Gutachten der beiden Ärzte betont, daß keinerlei klinisch-diagnostischer Fingerzeig für eine tuberkulöse Erkrankung bestehe, daß aber das Krankheitsbild nicht den Eindruck einer Simulation oder Übertreibung mache.

Die Diagnose wurde auf **traumatische Neurose** gestellt. Der Unfallverletzte wurde für 50% erwerbsfähig erklärt.

Gegen diese Entscheidung Berufung des Unfallverletzten. Vom Schiedsgericht abgewiesen, nach nochmaliger Begutachtung am 22. Dezember 1904. Bei dieser Untersuchung durch dieselben Ärzte wurde festgestellt: Lungenbefund durch-

1) Smidt, l. c.
2) Stintzing, Münch. med. Wchschr. 1891, Nr. 9.
3) Ebstein, Klinisches Jahrbuch 1891, Ergänzbd.
4) Quincke, ibidem.
5) Petruschky, Heilung der Tuberkulose, ihre Feststellung und Nachprüfung. Leipzig 1904, Leineweber.
6) Ebstein, Klin. Jahrbuch, Erg. Bd. 1891.
7) Biermer, ibid.
8) Weber, ibid.
9) Olshausen, ibid.
10) Schüler, Jahresbericht 1903 der Heilstätte Waldbreitbach.
11) Pickert, l. c.
12) Löwenstein und Rappoport, Ztschr. für Tuberkulose, Bd. V, H. 6.

aus normal. Kopfhaut gegen Nadelstiche fast unempfindlich. Nackensensibilität normal. Die Kreuzgegend, namentlich rechts, gegen Nadelstiche sehr abgestumpft, Nadeldurchstechen möglich. Linke Cornea wenig empfindlich, rechte Cornea gegen Sondenberührung fast unempfindlich. Kein Gaumenreflex. Diagnose: Traumatische Hysterie. Erwerbsfähigkeit 50%.

Das Arbeiterschiedsgericht sandte, da der Unfallverletzte mit der Rentenfestsetzung von 50% sich nicht einverstanden erklärte, denselben mir am 3. Juli 1905 zu. Ich erstattete folgendes **Gutachten:**

„Ich habe heute den 30jährigen Fabrikarbeiter V. L. aus St. eingehend ärztlich untersucht. L. gab an, daß seine Eltern beide gesund seien, er hatte zehn Geschwister, von denen nach seiner Angabe vier gestorben seien in früher Kindheit. Seine Frau ist angeblich gesund, von seinen drei Kindern soll eins an „englischer Krankheit“ leiden. Er selbst will bis zu dem am 21. April 1902 erlittenen Unfall immer gesund gewesen sein. Die Verletzung geschah während der Beseitigungsarbeit einer glühenden Schiene, indem diese durch das Aufstoßen einer zweiten Schiene ihre Richtung änderte, den Arbeitenden in der Gegend des Gesäßes erfaßte und Beinkleider und Riemen versengte. Außerdem wurde L. durch den Schlüssel in der rechten untersten Rippengegend verletzt und mit der linken Seite gegen ein Schienenlager gedrückt. Er soll hierbei zu Boden gefallen und ohnmächtig geworden sein. Dann wurde er bald aufgehoben und verbunden. Es erfolgte seine Aufnahme in das Krankenhaus K., woselbst er mehrfach etwas Blut gespuckt haben will. Die gleiche Erscheinung will L. auch jetzt noch zeitweise haben. Seine Angaben über die Art des Blutspuckens sind indessen so ungenau und unklar, daß es sich, falls nicht die ganze Sache unwahr ist, höchstens um leichte Zahnblutungen oder Rachenblutungen handelt. Im Krankenhaus lag er angeblich etwa fünf Wochen im Bett und will auch mehrfach hoch gefiebert haben, sowie starke Schmerzen in der rechten Seite mit Ausstrahlungen nach dem Rücken verspürt haben. L. ist dann mit kurzen Unterbrechungen im Krankenhause behandelt worden, ohne daß durch Bäder oder medico-mechanische Maßnahmen eine Besserung hätte erzielt werden können. Arbeitsversuche schlugen zum größten Teile fehl.

Nach mehrfacher ärztlicher Begutachtung war dem L. eine 50prozentige Rente zugebilligt, deren Satz indessen dem Unfallverletzten zu gering erscheint. Er machte heute folgende Angaben:

Sein Leiden habe sich in der langen Zeit nicht gebessert, vielmehr verschlechtert. Er leide an Husten und Auswurf, Stechen in der Brust und unerträglichen Schmerzen in der rechten Hüftgegend, die nach dem Rücken zu ausstrahlten. Er sei nicht imstande, sich zu bücken, um in dieser Stellung zu arbeiten. Er könne schlecht mit dem rechten Fuße gehen. Der Nachtschlaf sei schlecht, so daß er sich oft mit Schmerzen im Bett herumwälzen müsse. Er leide ferner an starkem Stirnkopfschmerz und Drücken in den Augen, plötzlichem Hitzegefühl und Schwindel, insbesondere bei gebückter Haltung. Zeitweise trete auch Luftmangel auf.

Die ärztliche Untersuchung ergab folgenden Befund: L. ist ziemlich kräftig gebaut, von gesunder Gesichtsfarbe, mittelkräftiger Konstitution, mittelguter Muskulatur und Fettpolster in normaler Entwicklung. Die Sehfähigkeit ist normal. Der Rachen ist leicht gerötet, die Stimme klar, das Gehörorgan in Ordnung.

Drüsen sind nicht fühlbar. Der Brustkorb ist mäßig umfänglich, gut gewölbt, von normaler Exkussion, symmetrisch. Die Lungenspitzen stehen gleich hoch, die unteren Lungengrenzen stehen normal und sind gut verschiebbar. Der Perkussionsschall über allen Lungenpartien ist voll, rein. Die Auskultation ergibt über der ganzen Lunge normales vesikuläres Atmen, ohne Rauhigkeit, ohne Geräusche.

Während der Untersuchung hustet mehrfach der Verletzte, ohne daß es sich um einen eigentlichen Lungenhusten handelte. Auswurf wurde nicht produziert.

Die Herzgrenzen stehen normal, die Töne sind über allen Ostien rein. Der Puls ist regelmäßig, mittelkräftig, von normaler Frequenz, synchron 76, Milz und Leber sind normal. Die Bauchdecken sind etwas straff, auf Druck nicht schmerzhaft, Veränderungen sind nicht fühlbar. Urin zur Untersuchung konnte nicht gewonnen werden (früher war der Urin stets frei von Eiweiß und Zucker).

Der Schädel ist normal gebaut, symmetrisch, ohne Defekte. Die Wirbelsäule zeigt eine deutliche Rückenkrümmung, sie ist im unteren Brustteile leicht nach rechts, im Lendenteile nach links konvex gebogen. Die Beklopfung ist nicht schmerzhaft. Der Gang ist vorsichtig; L. hinkt etwas auf dem rechten Beine. Das Beckengelenk ist rechts wie links frei beweglich, ebenso das Kniegelenk. Des Beugen das Rumpfes geschieht auf energisches Auffordern durchaus normal, nach Angabe des Untersuchten allerdings unter Schmerzen. Das Strecken des Rumpfes geschieht bei entgegengesetztem Widerstande des Untersuchers mit großer Kraftentfaltung normal.

Es besteht kein Rombergsches Schwanken. Die Pupillen sind etwas eng, reagieren prompt auf Lichteinfall, die Gesichtsnerven funktionieren normal, die Zunge wird gerade herausgestreckt, der Rachenreflex ist herabgesetzt, Geruch- und Geschmacksorgane funktionieren normal. Der Patellarreflex, Tricepsreflex, Kremasterreflex ist normal ausgebildet.

Die motorische Kraft erscheint weder an den Armen, noch an den Beinen herabgesetzt.

Die Sensibilität erschien anfangs im Nacken rechts und rechts in den hinteren unteren Partieen herabgesetzt; bei der Prüfung auf Qualität des Reizes (spitz, stumpf) wird jedoch auch in den genannten Partien stets prompte und richtige Angabe gemacht, so daß die mangelhaften Angaben bei der ersten Prüfung auf absichtliche Täuschung oder auf Unaufmerksamkeit zurückgeführt werden müssen. Das Lokalisationsvermögen ist durchaus normal entwickelt. Die Empfindlichkeit der Hornhaut ist herabgesetzt. Sexuelle Fähigkeit ist nach Angabe normal.

Als Rest der stattgehabten Verbrennung ist lediglich ein geringer länglicher Streifen auf dem linken Musculus glutaeus und eine strahlige, zirka einmarkstückgroße Narbe etwa in der Axillarlinie über dem Darmbeinkamme rechts zu sehen.

Fassen wir nunmehr den erhobenen Befund zusammen, so ist als feststehend anzusehen, daß von einem organischen Leiden nicht geredet werden kann. Dagegen machen die allerdings recht geringen Störungen in der nervösen Sphäre eine vorliegende traumatische Hysterie durchaus wahrscheinlich, da eine ausschließliche Simulation kaum zuverlässig angenommen werden kann. Die wohl kaum abzustreitenden Beschwerden des Unfallverletzten werden in ihrer Tragweite, wie häufig bei Hysterischen, überschätzt. Das Zustandekommen der Hysterie scheint mir im vorliegenden Fall im wesentlichen auf zwei Momente zurückgeführt werden zu müssen: 1. auf den psychischen Eindruck des erlittenen Unfalles, 2. auf die Schwierigkeit der leichteren Beschäftigung, welche den gleich hohen Lohn, wie vordem, einbringt.

Wenn es gelingen würde, dem Unfallverletzten bei leichter Beschäftigung den Lohn wie früher zu verschaffen, würde zweifellos das Vertrauen zur eigenen Leistungsfähigkeit gehoben und damit die vorliegende psychische Hemmung beseitigt werden können.

Daß eine ausgebildete Hysterie die Arbeitsfähigkeit, überhaupt die körperlichen Leistungen des Organismus, weitgehend

beeinträchtigen kann, kann nach dem heutigen Stande der Anschauung von der Pathologie des Nervensystems nicht bezweifelt werden. Für eine völlige Lahmlegung der Arbeitsfähigkeit scheint mir indessen der Grad der Hysterie nicht entwickelt genug. Ich stimme demnach dem Gutachten der Herren DDr. M. und K. vom 22. Dezember 1904 bei, welche die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit auf 50% veranschlagten, da mir keine Anzeichen vorzuliegen scheinen, welche eine weitere Entwicklung der damals schon supponierten traumatischen Hysterie begründen.

Ich möchte indessen insbesondere auf den zweiten Punkt hinweisen, den ich oben angeführt habe und der mir das Zustandekommen der Hysterie, auf psychologischer Basis, mitzubegründen scheint. Bei genügender materieller Sicherstellung würden zweifellos die jetzt noch bestehenden psychischen Hemmungen allmählich beseitigt werden und die Schwierigkeiten gehoben in der Ausführung des Schrittes von der ohne Zweifel für den Unfallverletzten wohltätigen leichten Arbeit zur schweren Arbeit, wie ehedem." —

Als Resultat unserer Feststellungen scheint mir allgemein für die Unfallbegutachtung ein Grundsatz dahin formuliert werden zu können: Die Tuberkulinuntersuchung kann in Fällen von traumatischer Hysterie positiv ausfallen, ohne daß tuberkulöse Prozesse sich im Organismus finden, und kann daher, wenn die klinische Diagnose nicht auf Tuberkulose lautet, für die Begutachtung solcher Fälle nicht ausschlaggebend sein.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die augenärztliche Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigentätigkeit für das erste Halbjahr 1905.

Von

Prof. Dr. **P. Silex** und Dr. **Paul Cohn**-Berlin.

I. Unfallkunde und Invaliditätswesen.

1. **Cramer.** Traumatische Spätablösung der Netzhaut. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII, 2.)

2. **Frachtmann.** Ein Fall von angeblich nach einer Ohrfeige aufgetretenen Iritis und dessen gerichtsärztliche Begutachtung. (Wiener med. Woch., Nr. 20.)

3. **Guillery.** Trauma als Veranlassung einer konstitutionellen Augenerkrankung. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Mai 1905.)

4. **Schwarz.** Augenärztliche Winke für den praktischen Arzt. (Leipzig, F. C. W. Vogel. 1904.)

Die Fälle, in denen längere Zeit nach Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf den Augapfel Netzhautablösung eintrat, mehren sich. Cramers (1) Patient wurde von einem Dreschflegel an seinem linken, früher völlig gesunden Auge getroffen. Fünf Wochen später trat völlige Netzhautablösung ein. Eine andere Ursache für die Erkrankung als die vorher erlittene Prellung des Augapfels konnte nicht ausfindig gemacht werden.

Die Kenntnis von der faktischen Möglichkeit einer Spätablösung der Netzhaut nach erlittener Kontusion des Augapfels war hinsichtlich der Unfallentschädigung des Patienten in vorliegendem Falle um so wichtiger, als das zweite Auge des Mannes von Jugend an schwachsichtig und mit angeborenem Star behaftet war.

Frachtmann (2) hatte einen Mann mit einer Regenbogenhautentzündung zu begutachten, deren Entstehung zuerst nicht klargestellt werden konnte. Erst im Laufe der Behandlung gab der Mann an, einige Tage vor der Erkrankung eine Ohrfeige erhalten zu haben. Wenn auch Spuren äußerer Gewalt an den äußeren Teilen des Auges nicht nachweisbar waren, so deuteten doch kleine Blutaustritte an der Vorderfläche der Regenbogenhaut darauf hin, die Angabe des Patienten für richtig anzunehmen und Gefäßzerreißungen, als durch die Ohrfeige entstanden, zu substituieren. Alles in allem war in Abwesenheit jeglichen anderen ursächlichen Momentes für die Entstehungsweise der Erkrankung im vorliegenden Fall die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen der Ohrfeige und der Augenerkrankung zuzugeben. Eine sichere Beurteilung des Falles war indessen vor allem deshalb unmöglich, weil der Patient erst nach längerer Zeit mit seinen Angaben über die vermeintliche Erkrankungsursache hervorkam.

Guillery (3) führt aus, daß einige unzweifelhafte Fälle, in denen ein Unfall, i. e. Einwirkung äußerer Gewalt auf das Auge, den Ausbruch einer tuberkulösen Erkrankung, meist einer Hornhautentzündung, herbeigeführt hat, vorliegen. Ähnlich liegen die Verhältnisse bei den Spätformen einer syphilitischen Erkrankung, die sich ebenfalls mit Vorliebe auf der Hornhaut lokalisieren. Im Körper kreisende Giftstoffe werden einen solchen Prädilektionspunkt natürlich um so eher angreifen, wenn seine vitale Reaktionsfähigkeit durch eine vorangegangene äußere Schädigung beeinträchtigt worden ist. Es muß also die Frage, ob ein Trauma bei einem konstitutionell veranlagten Individuum ein spezifisches Augenleiden entwickeln kann, bejaht werden, sogar in dem Sinne, daß nicht nur das verletzte, sondern auch das andere Auge in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Man ist also in solchen Fällen nicht berechtigt, ein rein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen und einen etwaigen Entschädigungsanspruch des Verletzten für unbegründet zu erklären.

Die „Augenärztlichen Winke", mit denen Schwarz (4) uns erfreut, sind vor allem in der Absicht geschrieben, den praktischen Arzt vor positiven Kunstfehlern und auch vor bloßen Unterlassungsfehlern zu bewahren, auch den Arzt, der sich mit der Behandlung von Augenleiden nicht befassen will, aber doch ein Urteil darüber haben will, was die Augenheilkunde als Hilfswissenschaft bei zahlreichen Erkrankungen anderer Organe leisten kann. Die Winke zerfallen in einen diagnostischen, therapeutischen und prognostischen Teil. Im ersten werden objektive und subjektive Störungen des Auges, auch anderweitige, eventuell mit Augenerkrankungen zusammenhängende Störungen besprochen. Die therapeutischen Winke befassen sich, dem engen Rahmen der Schrift entsprechend, hauptsächlich mit den äußeren Erkrankungen und Verletzungen des Auges. Von den prognostischen Winken sind besonders diejenigen wichtig, die sich mit den Unfallfolgen in bezug auf die Erwerbsfähigkeit, mit den perforierenden Augapfelverletzungen und schließlich mit der Simulation von Augenschwäche beschäftigen.

Im ganzen kann man ohne Übertreibung sagen, daß die „Augenärztlichen Winke" von jedem ärztlichen Praktiker mit ebenso großem Nutzen wie Vergnügen gelesen werden werden.

II. Metallsplitterverletzungen.

5. **Paul Cohn.** Über Mißerfolge der intraokularen Jodoformdesinfektion. (Zeitschr. f. Augenheilk. Januar 1905.)

6. **Hirschberg.** Eisensplitter am Sehnerv. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII, 1.)

7. **Hirschberg.** Klinische Beobachtungen. (Zentralblatt f. prakt. Augenheilk. Februar 1905.)

8. **Kaufmann.** Beitrag zur Kasuistik der Metallsplitterverletzungen des Auges. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

9. **Ollendorf.** Einige Beobachtungen bei Eisensplitterverletzungen. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

10. **Schleich.** Über Extraktion von Kupfersplittern aus dem Auge. (Ophthalmol. Klinik. 5. Januar 1905.)

11. **Steindorff.** Über Häufigkeit und Heilbarkeit der sympathischen Augenentzündung. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg, Leipzig. Veit & Co. 1905.)

12. **Wirtz.** Über Toleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper. (Inaug.-Diss. Straßburg. 1904.)

Aus der Arbeit P. Cohns (5) ist besonders erwähnenswert der Fall eines jungen Schlossers, der mit einer vier Tage alten Eisensplitterverletzung und beginnender Vereiterung des Augeninneren in Behandlung kam. Die sofortige Extraktion des 0,42 gr schweren Splitters und die Einführung eines Jodoformplättchens verhinderte zwar das Weitergehen der Eiterung, jedoch trat nach einiger Zeit eine sympathische Entzündung des zweiten Auges auf, die zur Entfernung des ersten Auges nötigte. Der Fall zeigt erstens, daß das Jodoform im Augeninnern nicht imstande ist, wie man ursprünglich gehofft hatte, eine sympathische Entzündung zu verhüten, und enthält zweitens eine eindringliche Warnung, in der konservativen Behandlung derart schwer verletzter und infizierter Augen nicht zu weit zu gehen.

In der Novembersitzung der Berliner Ophthalmologischen Gesellschaft berichtete Hirschberg (6) über einen seltenen Operationsfall von Ausziehung eines Eisensplitters am Sehnerven. Der Patient, ein russischer Arbeiter, erlitt vor zwei Monaten eine Verletzung des rechten Auges. Bei der Spiegeluntersuchung des äußerlich gesund erscheinenden Auges zeigte sich der Sehnervenkopf durch einen schwarzen, ca. 1 mm hervorragenden Splitter völlig verdeckt. Das Gesichtsfeld zeigte nur einen kleinen Defekt. Es gelang, den 4 mg wiegenden Splitter auf elektromagnetischem Wege zu entfernen und eine reizlose Heilung zu erzielen.

Aus dem Schatz seiner reichen Erfahrung teilt Hirschberg einiges über bemerkenswerte Eisensplitterverletzungen mit. In dem einen Fall (7) handelt es sich um ein Auge, in dessen Linse ein Splitter vor zwei Jahren geraten war. Jetzt ist das Auge stockblind, steinhart und gerötet. Obwohl der Eisensplitter in der Linse deutlich nachweisbar war, wurde doch zur Entfernung des Augapfels, nicht zur Splitterextraktion gegriffen, da erfahrungsgemäß derartige Eingriffe an einem unrettbar erblindeten Auge leicht zur sympathischen Entzündung des anderen führen. Im zweiten Fall handelte es sich um einen 52 mg schweren Splitter, der ohne die Linse zu verletzen in die Netzhaut eingedrungen war. Es gelang — drei Tage nach der Verletzung — schonendste Entfernung des Splitters mit dem Handmagneten. Der Riesenmagnet hätte bei der Größe des Splitters die größten Zerstörungen im Augeninnern bewirken können. Die Wundheilung verlief äußerst günstig, obwohl sich bei der Aufnahme des Verletzten in der Vorderkammer schon eine kleine Eiteransammlung vorfand. Das funktionelle Resultat war allerdings durch eine große Blutung in der Netzhaut zurzeit noch beeinträchtigt. Jedenfalls aber hat die sofortige Vornahme der Operation das Auge gerettet.

Kaufmanns (8) Resultate bei der Behandlung von Eisensplittern im Augeninneren waren: zweimal Verlust des Auges durch Vereiterung, dreimal Erhaltung des Auges ohne brauchbares Sehvermögen, dreimal mit gutem Sehvermögen. Kein Auge, das entzündungsfrei und kurz nach der Verletzung zur Operation kam, ging verloren. Es ist also bei frischen Eisensplitterverletzungen sofort die operative Entfernung vorzunehmen, da hierdurch unter Umständen eine Vereiterung vermieden werden kann. Was die Technik der Splitterentfernung anbelangt, so ist zuerst ein Vorziehen des Splitters mit dem Riesenmagneten in den vorderen Teil des Augapfels zu versuchen. Mißlingt dieser Versuch, so ist der Splitter durch einem Lederhautschnitt vermittelst des Hirschbergschen Handmagneten zu entbinden. Jeder Operation muß die Untersuchung mit dem Sideroskop zur Sicherung der Diagnose vorausgehen.

Was schließlich aus einem auch mit Erfolg operierten Auge wird, ist unsicher; noch nach Jahren kann das Sehvermögen durch eine Netzhautablösung vernichtet werden. Durch diese Eventualität darf man sich aber selbstverständlich von der Operation nicht abhalten lassen, da anderenfalls das von seinem Fremdkörper nicht befreite Auge mit Sicherheit zugrunde geht.

Ollendorf (9) rät bei im Augeninneren vermuteten Eisensplittern, die sideroskopisch nicht mit Sicherheit zu konstatieren sind, die Untersuchung am Sideroskop nach vorausgeschickter Magnetisierung des eventuellen Splitters durch Annäherung des Riesenmagneten zu wiederholen. Öfters fällt dann erst die Untersuchung positiv aus. Auch bei in der Regenbogenhaut vermuteten Splittern ist die Anwendung des Sideroskopes vor der Operation von größter Wichtigkeit, da sonst sehr leicht ein kleines Loch in der Regenbogenhaut als Fremdkörper angesprochen werden kann.

In einem Fall beobachtete Verf. nach glücklich verlaufener Magnetoperation eines Eisensplitters das Auftreten einer Entzündung des Sehnerven und der Netzhaut, die jeder Behandlung trotzte und das Sehvermögen schließlich auf Fingerzählen dicht vor dem Auge herabsetzte.

Nach Schleichs (10) Erfahrungen, die sich vollkommen mit denen anderer Autoren decken, gehören Verletzungen des Augeninneren durch Kupfersplitter zu den schwersten Verletzungen, die man bisher meist mit der Entfernung des ganzen Auges behandelte. Auf Grund einiger günstig verlaufener Fälle rät Verf. nun, bei Glaskörpereiterungen, die sich um eingedrungene Kupfersplitter gebildet haben, die Entfernung des Splitters durch einen Lederhautschnitt vermittelst einer Pinzette zu versuchen, ja sogar, wenn der Fremdkörper sichtbar ist, erst die Abszeßbildung abzuwarten und dann erst den Entfernungsversuch zu machen.

Aus Steindorffs (11) Statistik verdient der dringende Rat hervorgehoben zu werden, jeden nur einigermaßen verdächtigen Augapfel, der eine durchbohrende Verletzung erlitten und kein nennenswertes Sehvermögen mehr hat, zu entfernen. Nach der Entfernung tritt niemals mehr sympathische Entzündung des zweiten Auges auf. Von Ersatzoperationen glaubt Verf. abraten zu müssen. Ist die sympathische Entzündung aber einmal ausgebrochen, so sind operative Eingriffe am zweiten Auge auf das allernotwendigste Maß zu beschränken, respektive in ein reizfreies Stadium zu verlegen.

Es wäre für Wirtz (12), wie Hirschberg mit treffender Ironie bemerkt, eine dankenswertere Aufgabe gewesen, eine Dissertation über Intoleranz des Auges gegen eingedrungene Fremdkörper bzw. Eisensplitter — denn um solche handelt es sich in den allermeisten Fällen — zu schreiben. Die vom Verf. zusammengestellte Statistik ist ohne Wert, einmal, weil in fast allen Fällen, in denen angeblich Fremdkörper vom Auge vertragen wurden, die Beobachtungsdauer eine viel zu geringe ist, und zweitens, weil andere Fälle, die Verf. anführt, in der neuesten Literatur doch noch als an dem beherbergten Fremdkörper zugrunde gegangen beschrieben sind. Diejenigen Fälle, die tatsächlich dauernd und reizlos einen Splitter vertrugen, gehören zu den allergrößten Ausnahmen, die uns an der Grundregel nicht irremachen dürfen, jeden eingedrungenen Splitter so schnell als möglich wieder aus dem Augeninneren zu entfernen, und die auch die hundertfältig beobachtete Tatsache nicht zu widerlegen vermögen, daß in das Augeninnere eingedrungene Fremdkörper früher oder später zum Verlust, wenn nicht des Auges, so doch des Sehvermögens führen.

III. Sonstige direkte Verletzungen.

13. **Felke.** Doppelte Perforation des Augapfels durch eine Häkelnadel. (München, Med. Woch. 1904, 51, ref. in Woch. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. 9. Februar 1905.)

14. **Günzler.** Über direkte Verletzung des Opticus durch Querschüsse der Orbita. (Inaug.-Diss. Tübingen, 1904.)

15. **Haas.** Sind mit Tinte verunreinigte Verletzungen des Auges besonders gefährlich? (Wochenschr. f. Therap. u. Hyg. d. Auges. 2. Februar 1905.)

16. **Sachsalber.** Schußverletzung beider Sehnerven mit langdauernder Amaurose und schließlich geringem peripheren Sehen. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII. Ergänzungsheft.)

17. **Wicherkiewicz.** Beitrag zur Wanderung fremder Körper im Auge. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1904.)

In Felkes (13) Behandlung kam ein achtjähriges Mädchen, das sich aus Unvorsichtigkeit einen Häkelhaken mit aller Wucht in das linke Auge gestoßen hatte. Die Nadel hatte die Lederhaut nach außen von der Hornhaut durchstochen, den Glaskörper durchsetzt, auch noch die hintere Augapfelwand durchbohrt und sich schließlich mit dem Widerhaken fest in das Gewebe der Augenhöhle eingekeilt. Es glückte ohne Narkose bei der sehr verständigen kleinen Patientin vorsichtig die Nadel zu entfernen, ohne weitere Verletzungen zu verursachen. Es erfolgte schließlich glatte Heilung mit Erhaltung der vollen Sehschärfe.

Aus Günzlers (14) mit kasuistischen Beiträgen reichlich versehener Dissertation geht hervor, daß als diagnostisch für direkte Verletzung des Sehnerven, Zerrung oder Quertrennung desselben bei Schußverletzungen sicher verwertbareren Befund nur die neben der Sehnervenatrophie als charakteristisch für Zerreißung der Aderhaut und für Abreißung des Sehnerven schon wiederholt in der Literatur geschilderten Veränderungen im Augenhintergrund anzusprechen sind. Der einfache, dem anfänglich normalen Spiegelbefund nachfolgende Sehnervenschwund, sowie der Verschluß der Hauptgefäße der Netzhaut sind keine sicheren Kennzeichen für direkte Verletzung oder Durchtrennung des Sehnerven, und sind auch differentialdiagnostisch nicht verwertbar für Verletzungen des Sehnerven vor oder hinter dem Eintritt der Zentralgefäße in den Sehnervenstamm.

Auch Haas (15) hatte in zwei von ihm behandelten Fällen von Verletzungen des Auges durch tintenhaltige Schreibfedern Gelegenheit, die merkwürdige Tatsache zu bestätigen, daß derartige Verletzungen durchaus nicht, wie man annehmen sollte, besonders septisch verlaufen, sondern glatt und reaktionslos verheilen, sogar wenn auch, wie in vorliegenden Fällen, tiefere Teile des Auges verletzt sind. Es ist also anzunehmen, daß die Tinte sehr stark bakterientötende Eigenschaften besitzt, und läßt sich hieraus die Anzeige für eine möglichst konservative Behandlung derartiger Verletzungen ableiten.

Das Ungewöhnliche in dem von Sachsalber (16) beobachteten Selbstmordversuch durch Schuß in die rechte Schläfe besteht darin, daß drei Monate hindurch völlige Blindheit bestand, und erst nach dieser Zeit wieder ein ganz peripher gelegener Gesichtsfeldanteil zur Funktion gelangte. Man muß annehmen, daß in dieser Zwischenzeit die Aufsaugung des ergossenen Blutes erfolgte, und daß sich schließlich die nicht direkt durch das Projektil geschädigten, wenigen Nervenfasern des einen Sehnerven, der übrigens dem Augenspiegelbilde nach völlig atrophisch war, erholten.

Bei einem durch einen Schrotschuß verletzten Auge gelang es Wicherkiewicz (17) nicht, die Kugel zu entfernen. Das Auge heilte reaktionslos, jedoch zeigte die Wundstelle nach einiger Zeit eine Erhabenheit, und ergab ein Einschnitt die Anwesenheit eines Schrotkornes. Man wird annehmen müssen, daß durch die Saftströmung im Augeninnern der Fremdkörper wieder in die Nähe der Wunde, die den locus minoris resistentiae bot, gekommen ist und sich hier unter die bereits verschlossene Eingangspforte festgesetzt hat. Die Entfernung des Schrotkornes gelang nunmehr leicht.

IV. Indirekte Verletzungen.

18. **Frachtman.** Indirekte Verletzung des Sphincter iridis, subluxatio lentis und Cataracta corticalis anterior, nach Contusio bulbi mit einem Fechtsäbel. (Wiener med. Woch. Nr. 10.)

19. **Peters.** Über Glaukom nach Kontusionen des Auges und seine Therapie. (Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Dezember 1904.)

20. **Possek.** Ein Fall von corticaler Hemianopsie nach einem Trauma. (Zeitschr. f. Augenheilk. XIII. Ergänzungsheft.)

21. **Purtscher.** Zur Vorhersage der Augenverletzungen durch stumpfe Gewalt mit besonderer Berücksichtigung des Kuhhornstoßes. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig, Veit & Co. 1905.)

22. **Scheer.** Netzhautblutungen infolge von Kompression des Thorax. (Archiv f. Ophthalmolog. L. IX, 2. Heft.)

23. **Wernicke.** Ein Fall von Cataract nach Blitzschlag. (Berl. Klin. Woch. 19. Juni 1905.)

24. **Wiedemann.** Ein Fall von Augenquetschung. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift. April 1905.)

25. **Bruno Wolff.** Über Augenverletzungen des Kindes bei der Geburt. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig, Veit & Co. 1905.)

Bei einem Soldaten, der bei einer Fechtübung einen Säbelhieb über den rechten Augapfel erhalten hatte, stellte Frachtman (18) zahlreiche Einrisse an dem Schließmuskel der Regenbogenhaut, Schlottern derselben, Verschiebung der Linse, sowie ausgedehnte Blutungen in die Vorderkammer und den Glaskörper fest; sobald sich die Blutungen wieder aufgesaugt hatten, konnte man auch das Vorhandensein einer sternförmigen Trübung der vorderen Linsenschichten konstatieren. Derartige nur durch eine starke Prellung des Augapfels hervorgerufene Veränderungen gehören zu den größten Seltenheiten.

Peters (19) beobachtete in einigen weiteren Fällen nach Prellungen des Augapfels durch stumpfe Gewalt das Auftreten von grünem Star. Die Entstehungsweise der Erkrankung ist so zu denken, daß durch die Prellung eine Erschlaffung der Gefäßmuskulatur im Augeninnern zustande kommt, durch welche das Kammerwasser eine stark eiweißhaltige Beschaffenheit annimmt. Infolge dieses Eiweißgehaltes wird die Kommunikation zwischen vorderer und hinterer Augenkammer mechanisch beeinträchtigt, so daß Drucksteigerung auftritt. Daß diese Annahme die richtige ist, geht daraus hervor, daß in derartigen Fällen von grünem Star das einfache Ablassen der eiweißhaltigen Flüssigkeit, die sogenannte Punktion der Vorderkammer, regelmäßig endgültige Heilung bringt. In leichten Fällen genügt sogar schon die medikamentöse Behandlung mit Eserin.

Bei dem von Possek (20) beobachteten Patienten trat nach einem Axthieb über das Hinterhaupt eine sieben bis acht Wochen dauernde Blindheit auf. Nach dieser Zeit besserte sich das Sehvermögen allmählich, um jedoch den Charakter einer gleichseitigen Halbblindheit anzunehmen, aus deren Verhalten man schließen konnte, daß sie direkt durch Verletzung des rechten Hinterhauptlappens verursacht war.

Purtscher (21) folgert aus seinem reichhaltigen Material, daß Zerschmetterung des Augapfels sofortige Enukleation erfordert, im Gegensatz von Fällen von offener Berstungswunde der Lederhaut, falls der Glaskörperverlust nicht allzu groß, und der Lichtschein noch erhalten ist. Berstung des Augapfels bei intakter Bindehaut ist im allgemeinen günstig zu beurteilen, die unter die Bindehaut geschlenderte Linse ist stets sofort zu entfernen. In allen Fällen von Augapfelberstung kann es zu Infektionen auf dem Wege der Blut- und Lymphbahnen kommen, speziell von der Nase her.

Scheer (22) hatte Gelegenheit, einen Weichenwärter zu beobachten, der zwischen die Puffer zweier Eisenbahnwagen geraten war und eine Quetschung des Brustkorbes erlitten hatte. Dieselbe war nur leichter Art, da keine Rippenbrüche erfolgt waren, sondern nur ein Bluterguß in den linken Rippenfellraum. An den Augen waren Blutaustritte in beiden Bindehäuten, sowie zwei kleine linksseitige Netzhautblutungen zu konstatieren. Dieselben saugten sich im Verlauf einiger Wochen wieder völlig auf; das Sehvermögen, das auf $^1/_6$ gesunken war, stieg wieder bis zur normalen Höhe an.

Wernicke (23) beschreibt einen jener sehr seltenen, nach Blitzschlag entstandenen Fälle von Starbildung. Es handelte sich um einen sonst gesunden, dreijährigen Knaben, der vor $1^1/_2$ Jahren vom Blitz getroffen war. Erst nach einigen Monaten trat eine beiderseitige unregelmäßig strichförmige Starbildung auf, die jedoch in günstigster Weise operativ zur Heilung gebracht werden konnte.

Der von Wiedemann (24) behandelte Musketier stürzte beim Exerzieren derart mit dem Gewehr hin, daß er mit dem linken Auge gerade auf den Knopf des Kammerstengels fiel. Es trat eine sehr erhebliche Blutung in die äußeren Teile des Auges und in die Augenhöhle auf, die möglicherweise auf einen Bruch der knöchernen Augenhöhlenwand zu beziehen war; ferner war Doppelsehen zu konstatieren. Nach einiger Zeit traten entzündliche, offenbar durch Ernährungsstörungen infolge Druckes von seiten der in der Augenhöhle sich konsolidierenden Blutgerinnsel verursachte Veränderungen am Sehnerven auf, die das Sehvermögen stark beeinträchtigten. Da das andere Auge des Mannes von jeher stark schwachsichtig war, mußte der Patient als dauernd ganzinvalide entlassen werden. Die Erwerbsbeeinträchtigung wurde auf $66^2/_3$ % bemessen.

Wolff (25) beobachtete Augenverletzungen während der Geburt fast niemals bei Kindern, die mit nachfolgendem Kopf geboren wurden, sondern meist bei Zangengeburten, namentlich bei engem Becken und bei den schwierigen Operationen bei noch hochstehendem Kopf. Als leichte Augenverletzungen sind die infolge von Asphyxie auftretenden Netzhautblutungen aufzufassen. Geburtstraumen in engerem Sinne sind Brüche der knöchernen Augenhöhle, Verletzungen der Weichteile, Herausreißung des Augapfels; Augenmuskellähmungen, Quetschungen des Augapfels, Hornhauttrübungen, Vorderkammerblutungen, Aderhautrisse, Sehnervenschwund, Wundstarbildung und eitrige Entzündung des Augapfels.

V. Infektionen.

26. **Kaiser.** Über Schädigung und Zerstörung der Augen durch Fliegen. (Mediz. Korresp.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. 3. Dezember 1904.)

27. **Ollendorff.** Insektenlarven im Auge. (Mediz. Korrep.-Blatt des Württ. ärztl. Landesvereins. 3. Dezember 1904.)

28. **Morelli.** Dreifacher Fall von Wurstvergiftung. (Wien. med. Woch. 1904 Nr. 46.)

Von Kaiser (26) und Ollendorff (27) liegen einige Beobachtungen vor von Insektenlarven im Auge. Schwerere Schädigungen wurden in keinem der Fälle hervorgerufen. Die Entfernung der gelegentlich sehr zahlreichen Larven, die vielfache Blutungen und Schwellung der Bindehäute verursachten, gelang auf mechanischem Wege nach vorausgegangener Kokaineinträufelung ins Auge. In einem Falle gelang es den eingedrungenen Schmarotzer als Fliegenlarve der Gattung Sarkophaga zu bestimmen.

Nach Morellis (28) Beobachtungen treten nach dem Genuß der mit dem Wurstgift infizierten Speisen nach 6—10 Stunden die ersten Zeichen einer Magen-Darmerkrankung auf. Erst nach 36—48 Stunden folgen die eigentlichen Vergiftungserscheinungen. An den Augen äußern sich diese in Doppeltsehen, Akkommodationslähmung, Pupillenerweiterung und Reaktionslosigkeit, Aufhören der Tränenabsonderung, Lähmung des oberen Augenlides. Die Störungen der äußeren und inneren Augenmuskulatur sind sehr hartnäckig und gehen manchmal erst nach Wochen zurück.

VI. Intoxicationen.

29. **Bornemann.** Ein Fall von Erblindung nach Atoxylinjektionen bei Lichen ruber planus. (München. Med. Woch. Nr. 22.)

30. **Koll.** Ein Fall von Braunfärbung der Hornhaut durch Chrom. (Zeitschr. f. Augenheilk. März 1905.)

31. **Kos.** Akute toxische Entzündung beider Sehnerven. (Wiener med. Woch. Nr. 11.)

32. **Merz-Weigandt.** Eine Verletzung der Hornhaut durch Schwefeldioxyd. (Aus der Festschrift für Julius Hirschberg. Leipzig. Veit u. Co. 1905.)

33. **Vogt.** Weitere experimentelle und klinische Studien über den schädlichen Einfluß von künstlichen Anilinfarben auf das Auge. (Zeitschr. f. Augenheilk. Februar und März 1905.)

34. **Vollert.** Ein Fall von Mydriasis und leichter Akkommodationslähmung infolge des Hereinfallens eines Fruchtkörnchens von Datura Strammonii in die Bindehaut des Auges. (Klinisches Monatsblatt f. Augenheilk. November 1904.)

Bei Bornemanns (29) Patientin trat nach längerer Anwendung von Arsen in Form von Atoxylinjektionen zur Heilung eines hartnäckigen Lichen ruber planus beiderseitige Sehnervenatrophie und fast völlige Erblindung auf. Welcher von den Komponenten des Mittels, dem Arsen oder dem Anilid, die Schuld zuzuschreiben ist, läßt sich nicht entscheiden. Jedenfalls muß auf Grund dieser Beobachtung vor der kritiklosen Anwendung des Atoxyls auf das entschiedenste gewarnt werden.

Der seltene, von Koll (30) mitgeteilte Fall bietet Interesse nicht nur in augenärztlicher, sondern auch in gewerbehygienischer Beziehung. Bei einem 59jährigen Arbeiter, der in einer Velvetfabrik tätig war, in der verdünnte Chromsäure als Farbstoff zur Anwendung kommt, fand sich auf beiden Hornhäuten, entsprechend der Lidspaltenzone, eine intensiv braune Färbung der Hornhautgrundsubstanz. Die chemische Untersuchung ergab als Ursache der Färbung die Anwesenheit von Chrom. Da keiner der Arbeitsgenossen des Mannes eine ähnliche Erkrankung aufwies, so ist anzunehmen, daß der etwas unreinliche Patient, der sich die Augen mit von der Farblösung durchtränkten Lappen auszuwischen pflegte, sich auf diese Weise geringe Mengen der Chromsäurelösung in den Bindehautsack gebracht hat, die entsprechend der Lidspaltenzone unter der Einwirkung des Lichtes die braune Färbung der Hornhaut erzeugten.

Bei dem von Kos (31) beobachteten Patienten, einem sonst gesunden, auch an Alkohol und Tabak nicht gewöhnten Mann, stellte sich nach einmaligem starken Rauchen und Trinken auf beiden Augen eine so schwere Sehnerven- und Netzhautentzündung ein, daß fast völlige Erblindung auftrat. Jedoch gelang es, durch energische Schwitzkur das Sehvermögen beider Augen bis fast wieder zur Norm zu bessern.

Bei einem Brauer, dem einige Tropfen SO_2 ins linke Auge spritzen, fand Merz-Weigandt (32) Lichtscheu und Rötung des Auges, Bindehautschwellung, Trockenheit, rauchgraue, intensive Trübung und Empfindungslosigkeit der Hornhaut. In der diffusen Trübung fanden sich zwei stärker getrübte, stecknadelkopfgroße Stellen. Bis auf letztere hellte sich in den nächsten Tagen die Hornhaut wieder völlig auf, auch stellte sich die normale Empfindlichkeit wieder her und ging der Reizzustand zurück.

Von den umfassenden Untersuchungen Vogts (33) sind für den Sachverständigen von besonderem Interesse die Mitteilungen

über 17 beobachtete Fälle von Verletzungen des Auges durch künstliche Anilinfarben. Sämtliche in Betracht kommende Farbstoffe hatten basischen Charakter. Es wurden 7mal Hornhautentzündungen und 10mal Bindehautentzündungen konstatiert. Der Verlauf der Entzündungen war jedoch stets ein weniger schwerer als der bei experimentell am Kaninchenauge hervorgerufenen Entzündungen. Immerhin traten in einzelnen Fällen sehr erhebliche Sehstörungen infolge von Hornhauttrübungen auf. Therapeutisch empfiehlt es sich, in jeder Farbstofffabrik eine etwa monatlich zu erneuernde 5—10 % borgesättigte, ausgekochte und filtrierte Tanninlösung bereit zu halten, um mit ihr unmittelbar nach einem Unfall den ins Auge gelangten Farbstoff möglichst vollständig mittelst Tropfglas oder kleiner Spritzflasche aus dem Auge wegzuspülen.

Vollert (34) hatte Gelegenheit, ein mit der Anfertigung künstlicher Blumen beschäftigtes junges Mädchen zu behandeln, dem bei der Arbeit ein Fremdkörper ins Auge gesprungen war, der, wie sich nachträglich herausstellte, ein Fruchtkörnchen von Datura Strammonii war. Das Auge zeigte maximale Pupillenerweiterung und Akkommodationslähmung.

Dature Strammonii wird zurzeit zur Fabrikation künstlicher Blumen sehr viel gebraucht; es dürfte daher der Versand sowohl wie die Anwendung und Verarbeitung einer derartig starken Giftpflanze nur unter besonderen Vorsichtsmaßregeln und Warnungen für das die Pflanze verarbeitende Personal gestattet sein.

VII. Varia.

35. **Birch-Hirschfeld.** Die Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge. (Archiv für Ophthalmologie, LIX, 2. Heft.)

36. **Westphal.** Über einen unter dem Bilde einer Ophthalmoplegia externa verlaufenden Fall von traumatischer Hysterie. (Deutsche Mediz. Woch. Nr. 22.)

Birch-Hirschfeld (35) beschäftigt sich in einer sehr gründlichen, die gesamte Literatur berücksichtigenden Arbeit mit der Wirkung der Röntgen- und Radiumstrahlen auf das Auge. Die Röntgenstrahlen werden behandelt hinsichtlich ihrer Sichtbarkeit, ihres Durchdringungsvermögens, ihrer physiologischen und pathologischen Wirkungen auf das tierische und menschliche Auge, hinsichtlich des Wesens ihrer Wirkung und ihrer therapeutischen Verwendung. Von den Radiumstrahlen wird besprochen ihre physiologische und pathologische Wirkung auf das Auge und ihre therapeutische Verwendung in der Augenheilkunde.

Von Interesse für den Sachverständigen sind die praktischen Schlüsse, die Verf. aus seinen zahlreichen Versuchen zieht:

Durch Bestrahlung mit Röntgenstrahlen können am menschlichen Auge erhebliche Schädigungen hervorgerufen werden. Dieselben bestehen im Ausfall der Wimpern, Entzündungen der Bindehaut, Hornhaut, Regenbogenhaut, Gefäßwandveränderungen in Regenbogenhaut, Strahlenkörper, Degeneration der Netzhautganglienzellen und sogar in zystoider Degeneration des gelben Fleckes. Aus diesen Befunden ergiebt sich die Mahnung zur größten Vorsicht bei Bestrahlung des Auges und seiner Umgebung. Die Röntgentherapie in der Augenheilkunde wird sich wesentlich auf bösartige Neubildungen in der Nachbarschaft des Auges und auf Erkrankungen der Bindehaut zu beschränken haben. Der Augapfel selbst ist gegen die schädigende Wirkung der Strahlen durch eigene Schutzplatten zu schützen.

Was die Frage der Radiumstrahlen anbelangt, so ist es auf Grund von Tierexperimenten zweifellos festgestellt, daß auch das Radium die Gewebe des Auges durch Hervorrufung entzündlicher und degenerativer Veränderungen zu schädigen vermag. Für die therapeutische Verwendung des Radiums am Auge gilt genau das gleiche wie für die Röntgenbestrahlung.

Die Hoffnungen, die hinsichtlich des Sehvermögens Erblindeter an die Wirkung der Radiumstrahlen geknüpft wurden, sind von einer genauen Kritik völlig zerstört worden. Ein Auge, dessen lichtempfindender Apparat einmal zerstört ist, wird ebenso wenig durch Radiumstrahlen wie durch andere leuchtende Strahlen eine Lichtempfindung wieder erhalten.

Westphahl (36) beobachtete einen Grubenarbeiter, der im Anschluß an eine Kopfverletzung unter den Erscheinungen der traumatischen Hysterie erkrankte. Das Eigentümliche des Falles bestand in einer beiderseitigen völligen Lähmung sämtlicher äußeren Augenmuskeln, welche jedoch keine konstante war, sondern unter bestimmten Umständen bald teilweise, bald völlig verschwand, so daß sie zweifellos als eine psychisch bedingte angesprochen werden mußte.

Allgemeines.

Dienstanweisung zur Beurteilung der Militärdienstfähigkeit § 13, 2 und Wehrordnung § 94, 8, b.

Von Oberstabsarzt Hahn in Stettin.
(Deutsche mil.-ärztliche Zeitschr. Juni 1905.)

Die Arbeit hat für die Sachverständigen-Zeitung insofern ein Interesse, als es auch in zivilärztlichen Angelegenheiten vorkommt, daß ein Arzt zu dem vorher abgegebenen Votum eines anderen Stellung zu nehmen und hierbei die Standesrücksichten mit seiner Pflicht selbständigen Urteils zu vereinigen hat. — § 13 der militärärztlichen Dienstanweisung bestimmt: „Ein vom Truppenteil als unbrauchbar entlassener Mann oder als untauglich zurückgewiesener Einjährig-Freiwilliger, welcher demnächst von der Ober-Ersatzkommission wieder als tauglich bezeichnet ist, darf erst dann auf Grund des früheren Leidens wiederum als unbrauchbar erklärt werden, wenn eine genügende, unter Mitwirkung des Truppenarztes erfolgte Beobachtung im Dienst die Unbrauchbarkeit erwiesen hat.“ Und § 94, 8, b der Wehrordnung lautet: „Findet die Ober-Ersatzkommission einen von der Truppe abgewiesenen Freiwilligen tauglich, so wird er für eine oder mehrere oder alle Waffengattungen designiert und muß von jedem Truppenteil angenommen werden. — Wer für den Dienst zu Pferde designiert ist, aber nicht die Mittel hierzu hat, muß auch bei der Infanterie angenommen werden.“ Verfasser erläutert an einigen Beispielen (funktionelle Herzstörung, Verbildung eines Fußes, Fehler der Zehen), wohin es führt, wenn der der Ober-Ersatzkommission zugeteilte Oberstabsarzt Leute für tauglich erklärt, die nach dem Urteil eines anderen Militärarztes einige Zeit vorher von einem Truppenteil als unbrauchbar entlassen sind. Hat ein akutes Leiden die Entlassung veranlaßt, so ist Wiederherstellung der Tauglichkeit möglich. Handelt es sich aber um chronische Krankheiten oder durch ärztliche Beobachtung als Tauglichkeitshindernis erkannte Anomalien, so wird immer eine baldige Wiederentlassung des erneut Eingestellten folgen. Nach Ansicht des Verfassers durfte der der Ober-Ersatzkommission beigegebene Oberstabsarzt in den angeführten Fällen nicht zur Wiedereinstellung raten, da sie im Interesse des Dienstes unzweckmäßig und außerdem geeignet war, „den zweiten Untersucher in den Verdacht einer übertriebenen Wertschätzung des eigenen Urteils gegenüber dem Urteil anderer zu bringen“. Hierin liegt eine ungewöhnlich scharfe Kritik des Verfassers an der dienstlichen Handlungsweise eines ihm gleichgestellten Kollegen.

Es ist möglich, daß Oberstabsarzt H. für die von ihm mitgeteilten Spezialfälle im Recht ist. Aber weiß er denn, welchen Anteil der Ausspruch des Arztes der Ober-Ersatzkommission an deren Entscheidung hatte? Darüber vermisse ich jegliche Andeutung. Die Kommission ist nicht an das Urteil des Arztes

gebunden; der Militärvorsitzende entscheidet allein. Ich habe es 1890 erlebt, daß der Ober-Ersatzkommission, bei der ich fungierte, ein im Winter vorher von mir wegen geistiger Beschränktheit als unbrauchbar eingegebener Mann zur Superrevision vorgestellt wurde; also ein Fall, zu dem ich alle Erläuterungen geben konnte. Trotzdem stellte ihn der Vorsitzende, der gleichzeitig der Brigadekommandeur war — wieder in denselben Truppenteil ein und war allerdings wenig erbaut, als später die von mir veranlaßte kommissarische Untersuchung mein Urteil bestätigte und den Mann wieder als unbrauchbar erklärte. So etwas kann auch in den vom Verf. erörterten Fällen mitgesprochen haben. Aber auch, wenn der Arzt hier zur Wiedereinstellung geraten hat, darf ihm nicht übertriebene Wertschätzung des eigenen Urteils zum Vorwurf gemacht werden. Denn er hat nicht nur nach dem Urteil der Vorgänger, sondern nach dem Verhalten des Mannes seit der Entlassung und nach dem vorliegenden Befunde zu urteilen. Dafür trägt er die Verantwortung. In der Tat zeigt die Erfahrung, daß eine große Reihe von Wiedereingestellten die Dienstzeit anstandslos beendet.

In Einem aber ist dem Verf. durchaus beizutreten. Ein Kollege soll den anderen nicht bloßstellen, wenn er es nach Lage des Falles irgend vermeiden kann. Namentlich aber soll der superrevidierende Arzt mit seinem abweichenden Urteil zurückhaltend sein, wenn er jünger und unerfahrener ist, als der erste Beurteiler. Da sprechen Imponderabilien mit, die in keiner Instruktion zum Ausdruck kommen können. In meinem Dienstbereich habe ich s. Z. die Ärzte, so viel ich konnte, darauf hingewiesen. Res domestica! Körting.

Veränderung der Verhältnisse als Voraussetzung für die Entziehung der Invalidenrente und anderweitige Festsetzung der Unfallrente.

Von Dr. Hans Seelmann.
(Archiv für soziale Medizin u. Hygiene.)

Verfasser betont, daß die Feststellung dieser „Veränderung der Verhältnisse" in den Händen der Ärzte liegt, die deshalb die bisherige Rechtsprechung über diese Frage kennen müssen. Er stellt aus diesem Grunde die Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes hierüber zusammen.

I. Invalidenversicherung. § 47 des Invalidenversicherungsgesetzes bestimmt: „Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden."

Von dem Gesetz wird also nicht nur die Erwerbsfähigkeit des Rentenempfängers, sondern auch eine Veränderung in seinen Verhältnissen, insbesondere in seinem Gesundheitszustande verlangt. Eine solche kann nur im Falle einer Änderung des geistigen oder körperlichen Zustandes angenommen werden. Unter Umständen liegt sie in der Gewöhnung an einen krankhaften Zustand oder in dem Erwerbe neuer Fertigkeiten. Die Ärzte müssen also zunächst registrieren, welche krankhaften Veränderungen in den für die Bewilligung der Rente maßgebenden Attesten festgestellt waren. Jede einzelne dieser Erscheinungen muß begutachtet werden. Nur wenn hierin eine Veränderung festgestellt werden kann, ist eine Entziehung der Rente überhaupt zulässig. Es muß natürlich weiter begutachtet werden, ob etwa neue Krankheitserscheinungen hinzugetreten sind, und auf Grund des gesamten Befundes eine eventuelle Schätzung des Grades der Erwerbsunfähigkeit vorgenommen werden.

II. Unfallversicherung.

Die einschlägigen Paragraphen lauten übereinstimmend:

„Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung erfolgen.

Das Reichsversicherungsamt stellt sich auf den Standpunkt, daß dem Verletzten die rechtskräftig gewährte Entschädigung, auf welche seine wirtschaftliche Existenz ganz oder zum Teil sich gründet, nur dann geschmälert oder entzogen werden darf, wenn ihr Genuß in der bisherigen Höhe ein offenbares Unrecht gegen die Berufsgenossenschaft bedeutet. Rentenherabsetzungen in schnell aufeinanderfolgenden kleinen Stufen, die als Ausdruck einer „wesentlichen" Veränderung der Verhältnisse nicht gut anzusehen sind, erscheinen daher nicht angezeigt. Eine Veränderung der Verhältnisse liegt nur dann vor, wenn objektiv die Sachlage eine andere geworden ist, insbesondere, wenn der körperliche oder geistige Zustand des Verletzten sich geändert hat, nicht dagegen, wenn lediglich die subjektive Beurteilung der Sachlage eine andere geworden ist. So wenig die Berufsgenossenschaften das Recht zur Renteneinstellung oder Herabsetzung haben, wenn sie lediglich auf Grund einer anderweitigen eigenen oder ärztlichen Beurteilung der Sachlage behaupten, daß ein Teil oder die Gesamtheit der bereits rechtskräftig anerkannten Unfallfolgen irrtümlich auf den Unfall zurückgeführt sei, so wenig ist natürlich in dem umgekehrten Falle dem Verletzten ein entsprechendes Recht einzuräumen. Eine Veränderung der Verhältnisse liegt nicht vor, wenn es sich um die Verschlimmerung eines nicht durch den Unfall verursachten aber bei der Abschätzung der Rente berücksichtigten Leidens handelt, sondern nur dann, wenn die Veränderung den durch den Unfall herbeigeführten Zustand betrifft. Beispielsweise erlitt ein Versicherter, dessen Sehvermögen auf beiden Augen durch ägyptische Augenentzündung herabgesetzt war, durch einen Betriebsunfall eine Verletzung des rechten Auges, auf welchem die Sehkraft auf diesem Auge nahezu völlig gemindert wurde. Die Berufsgenossenschaft gewährte ihm für die erste Zeit eine Teilrente von 60% und nach dem Eintritt einer Besserung des linken Auges eine solche von 40%. Nachdem sich durch das Fortschreiten der Augenentzündung unabhängig vom Unfall und ohne Veränderung des rechten Auges der Zustand des linken Auges verschlimmert hatte, beantragte der Verletzte Erhöhung der Rente. Dieser Anspruch ist unbegründet.

Verfasser führt dann eine Reihe von Entscheidungen an, in denen eine Veränderung der Verhältnisse angenommen bzw. nicht angenommen ist. Z. B. kann durch Gewöhnung an die Unfallfolgen, beispielsweise durch längeren Gebrauch künstlicher Gliedmaßen, eine Veränderung der Verhältnisse bedingt werden. Eine solche liegt nicht in dem Eintritt des Zeitpunkts, zu dem ein Verletzter, dessen älteres Leiden durch den Unfall schädlich beeinflußt wurde, auch ohne den Unfall in demselben Grade erwerbsunfähig geworden wäre. Unter Umständen kann der Eintritt einer wesentlichen Veränderung vermutet, bzw. angenommen werden, insbesondere dann, wenn der Verletzte sich grundlos weigert, sich einer ärztlichen Untersuchung zu unterwerfen oder sich einer als notwendig angeordneten Kur, z. B. einer Krankenhausbehandlung zu unterwerfen.

Vergiftungen.

Über Vergiftung mit Schwefelalkalien.

Referat des Herrn Stadelmann in der Berl. med. Gesellschaft am 29. März 1905.
(Allgem. med. Zentr. Zeitg. 1905. Nr. 14, S. 269.)

Eine Frau wurde mit Cyanose, klonischen Krämpfen, Tobsuchtsanfällen und Bewußtseinsstörung ins Krankenhaus eingeliefert. Es stellte sich heraus, daß sie in selbstmörderischer Absicht ein Enthaarungsmittel „Haarfeind" getrunken hatte, welches Schwefelwasserstoff, gelöst in Ätzkalk, enthält und dessen wirksame Bestandteile die Polyfulfide des Calciums sind. Über den weiteren Verlauf ist aus der Diskussion zu entnehmen, daß

lange Zeit Nephritis bestand; eine Angabe über den endgültigen Ausgang fehlt. Ktg.

Eine tödliche Vergiftung mit Salmiakgeist.

Von Dr. Romeick, Mohrungen.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr 9, S. 282.)

Ein acht Monate altes Kind erhielt wegen eines Luftröhrenkatarrhs zweistündlich einen Kinderlöffel Mixtura solvens. Nach Verbrauch der Medizin wurde die Verordnung wiederholt. Die zweite Medizin wurde in einer neuen Flasche abgegeben. In der ersten Flasche hatte sich der Vater aus einer Drogenhandlung für 20 Pf. Salmiakgeist (Ätzammoniak, Liqu. Ammon. caustic.) gegen seinen Schnupfen geholt und diese neben die Medizin des Kindes auf den Nachttisch gestellt. Durch Verwechslung der Flaschen erhielt das Kind einen Kinderlöffel voll Salmiakgeist. Trotz der sofort verordneten üblichen Gegenmittel: Verdünnte Essigsäure und Zitronensäure, Öl, Schleim, Milch trat blutiges Erbrechen und Stuhl ein und nach 48 Stunden Tod unter Bewußtlosigkeit und Krämpfen. J. Meyer, Lübeck.

Zur Frage des mikrochemischen Nachweises der Phosphorvergiftung.

Von Dr. med. A. Sorge, Sigmaringen.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. 1905. Heft 2, S. 319.)

Binda gab im Jahre 1900 eine neue Methode der gerichtlich chemischen Untersuchung auf Phosphor an. Die Methode besteht im wesentlichen darin, daß kleine Teile des zu untersuchenden Materials zunächst einer mikroskopischen Betrachtung bei abgeblendetem Lichte oder im Dunkeln unterzogen und dabei bei Anwesenheit von Phosphorteilchen ein Aufleuchten desselben beobachtet wird. Manchmal tritt dies Leuchten erst nach Erwärmen des Objekts auf. Ein Verwechseln mit unter diesen Umständen auch leuchtenden Staubpartikelchen wird ausgeschlossen durch nachfolgende Reaktion auf Schwefelkohlenstoff, Ammoniummolybdat, Silbernitrat, sowie auf Goldchlorür. Binda hat keine Angaben darüber gemacht, welches Material seinen Untersuchungen zugrunde lag. Verfasser hat die Versuche an mit Phosphoröl getöteten Mäusen nachgeprüft, konnte aber wegen der geringen Menge des zur Verwendung gelangenden Phosphors nicht zu einem sicheren Resultat gelangen. Ein Versuch mit einem Meerschweinchen gab dagegen deutlich ein positives Resultat. Es scheinen indessen noch weitere Untersuchungen nötig zu sein, um über den Wert dieser Methode für die gerichtliche Medizin entscheiden zu können.

J. Meyer, Lübeck.

Gynäkologie.

Über kriminellen Abort. Mit Demonstrationen.

Von Prof. Dr. Puppe, Königsberg.

(Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 21, Heft 3.)

Die professionellen Abtreiber arbeiten im allgemeinen manuell; nur zuweilen finden Kombinationen mit anderweitigen, internen Abtreibungsmitteln statt. Die gelegentlichen Abtreiber dagegen nehmen bald dies, bald jenes Mittel, welches ihnen von irgend einer Seite empfohlen wurde; nur selten schwingen sie sich dazu auf, abortive Manipulationen zu machen. Bei 16 Fällen äußerer Abortivmittelbenutzung handelte es sich 2mal um Eihautstich bzw. Anbohrung des Eies durch den Muttermund und 14mal um Injektionen von Flüssigkeiten in die Geschlechtsteile. Es wurde meist Seifenlösung mit zinnener Spritze in sitzender Stellung der Frau eingespritzt; wirksam war die Einspritzung offenbar nur, wenn sie wirklich durch den inneren Muttermund zwischen Eihaut und Uteruswand gelangte.

Von inneren Mitteln wurden die verschiedensten Sachen benutzt, von denen jedoch nur die Anwendung von Bleiessig den gewünschten Erfolg brachte. J. Meyer-Lübeck.

Vermeintliche Notzucht.

Von Dr. Robert Thomalla, Waldenburg.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte 1905, Nr. 9, S. 282.)

Th. wurde zu einer guten Bürgersfamilie gerufen mit der Bitte, das sechsjährige Töchterchen zu untersuchen, welches angeblich gemißbraucht worden sei. Man hatte sogar auf eine ganz bestimmte Persönlichkeit Verdacht. Bei der Untersuchung fand sich an den Schamlippen reichlich Schleim und dünnflüssiges Sekret, ferner zerstreute mit flachen Borken bedeckte Stellen und dazwischen eitrige Pusteln, an der Spitze mit kleinen schon vertrockneten Borken bedeckt. Das Hymen war völlig intakt. Das Kind leugnete jegliche Berührung von seiten eines Mannes. Es gab zu, sich an der Vulva gekratzt zu haben. An der Stirn fand sich eine impetigo contagiosa, die in einer hiesigen Poliklinik behandelt wurde. Es handelte sich also zweifellos um eine Autoinfektion. Die krankhaften Erscheinungen an der Vulva waren in wenigen Tagen durch dieselbe Salbe beseitigt, mit der die Impetigo an der Stirn behandelt war. J. Meyer, Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Göttinger psychologisch-forensische Vereinigung.

Sitzung am 5. Juli 1905.

Referent: Weber-Göttingen.

Zum Vorsitzenden wurde an Stelle des nach Celle berufenen Oberlandesgerichtspräsidenten Heinroth Herr Landgerichtsdirektor Bacmeister gewählt.

1. Herr Cramer berichtet über einen der gelegentlich vorkommenden forensischen Fälle, in denen der Sachverständige eine geistige Erkrankung objektiv nicht nachweisen kann, obwohl er das Bestehen einer solchen für wahrscheinlich hält. Der auch sonst mehrfach vorbestrafte Arbeiter K. ist seit einer Reihe von Jahren wiederholt wegen Sachbeschädigung bestraft: es handelt sich dabei immer um die gleiche Art des Vergehens: Frauen und Mädchen wurden auf der Straße die Kleider zerschnitten oder durch Übergießen mit einer ätzenden oder beschmutzenden Flüssigkeit verdorben. Während er Straftaten anderer Art jederzeit zugab, leugnete er diese Handlungen trotz striktester Indizienbeweise hartnäckig und behauptete, unschuldig verurteilt zu sein. Den Beweis der Täterschaft des K. als erbracht vorausgesetzt, mußte die eigentümliche, gleichartige Form der Tat und das hartnäckige Leugnen den Verdacht erwecken, daß ein irgendwie gearteter krankhafter Zustand vorliege.

Bereits vor Jahren war im Anschluß an eine ähnliche Handlung Anstaltsbeobachtung beantragt, der sich aber K. nach einiger Zeit durch die Flucht entzog, weil er, wie er später angab, Angst hatte, für geisteskrank erklärt und in der Anstalt interniert zu werden. Die jetzt wieder vorgenommene Anstaltsbeobachtung ergab, ebenso wie die damalige, kein Zeichen einer geistigen Störung irgendwelcher Art. Auch ein epileptisches oder hysterisches Leiden konnte vollständig ausgeschlossen werden. Die Intelligenz, die moralischen Qualitäten, das Triebleben des K. erwiesen sich als vollkommen dem Durchschnitt entsprechend. Auch der Versuch, durch Verabreichung größerer Mengen alkoholischer Getränke sonst etwa latente Symptome hervorzurufen, war erfolglos.

Es mußte demgemäß der Tatbestand des § 51 St.-G.-B. ausgeschlossen werden; K. wurde wegen des letzten Reates zu sechs Monaten Gefängnis verurteilt.

Cramer betont, daß irgend eine Möglichkeit für die Strafkammer, um diese Verurteilung herumzukommen, bei diesem Resultat der Beobachtung nicht bestanden habe. Er weist dann aber auf ähnliche Fälle hin, bei denen später einsetzende Geistes-

störungen durch oft jahrelang vorhergehende kriminelle Handlungen sich ankündigen; namentlich ist dies der Fall bei Pubertätspsychosen, bei den präsenilen Psychosen und bei anderen im späteren Lebensalter einsetzenden Schwachsinnszuständen. Die vorhergehenden insozialen Handlungen sind eben dann ein oder das einzige manifeste Zeichen der latent bereits vorhandenen krankhaften Gehirnveränderung. Vortragender schließt mit dem Hinweis, daß die Lexferenda derartigen Fällen vielleicht durch die bedingte Strafaussetzung oder Begnadigung gerecht werden könnte.

2. Herr von Hippel berichtet kurz über den augenblicklichen Stand der Vorarbeiten zur Strafrechtsreform.

3. Herr Weber: Dämmerzustand oder Simulation?

Vortragender berichtet über den weiteren Verlauf und die forensische Aufklärung eines Falles, dessen Vorgeschichte bereits vor zwei Jahren von Cramer kurz erwähnt worden war:

Am 18. Januar 1902 wurde in Montreux (Schweiz) ein zirka 40jähriger Mann ohne jedes Legitimationspapier und ohne sonstiges Erkennungszeichen erstarrt auf der Straße gefunden. Im Krankenhaus kam er wieder zu sich und erklärte, er sei, soweit er sich erinnern könne, in der Provinz Schleswig zu Hause und der Sohn eines Marschbauern. Er glaube, er heiße „Peter Petersen"; genau wisse er das aber nicht, ebensowenig, wie er hierhergekommen sei. Er glaube sich auch zu erinnern, daß er vor Jahren in der Anstalt Ilten bei Hannover gewesen sei. Der Aufgefundene kam durch Vermittelung des deutschen Hilfsvereins in die Göttinger Anstalt.

Alle unter den von ihm angegebenen Namen angestellten polizeilichen Recherchen blieben erfolglos. In der Anstalt wurde weder Epilepsie noch Hysterie festgestellt. Außer einigen körperlichen Degenerationszeichen bot der angebliche Petersen weder in körperlicher noch psychischer Beziehung Abnormitäten. Er war ein ruhiger, intelligenter Mann, der mit schriftlichen Arbeiten beschäftigt wurde, durch Selbstunterricht rasch so viel Stenographie erlernte, daß er in einem Stenographenverein Vorträge hielt. Nach beinahe zweijährigem Anstaltsaufenthalte — im Sommer 1904 — wurde festgestellt, daß er nicht Petersen hieß, sondern daß er ein Buchhalter G. aus einer ostfriesischen Stadt sei, der im Dezember 1901 nach lange Jahre fortgesetzten Unterschlagungen unter Mitnahme einer größeren Geldsumme flüchtig gegangen war und seitdem polizeilich gesucht wurde. Auf Vorhalt seines richtigen Namens und Heimatsortes gab er auch jetzt noch an, davon nichts zu wissen. Erst als er in seine Heimat transportiert wurde, gestand er zu, der Gesuchte zu sein, gab die Unterschlagungen in vollem Umfang zu und hatte so genaue Erinnerung daran, daß er dem gerichtlich bestellten Bücherrevisor bei der Aufdeckung der Verschleierungen und Bücherfälschungen behilflich sein konnte. Dagegen hielt er hartnäckig daran fest, von dem Moment der Flucht aus seinem Heimatsort an bis zu seiner Auffindung in Montreux — ein Zeitraum von ca. vier Wochen — einen völligen Erinnerungsdefekt zu haben. Ebenso habe er bis zu seiner Rückkehr in die Heimat seines Namens und seiner Personalien sich nicht erinnert.

Nach den, auf Wunsch der ärztlichen Sachverständigen besonders vervollständigten Ermittlungen war G. in der Jugend gesund und stets als ein intelligenter, gewandter Mensch, der ruhig und geordnet lebte, bekannt.

G. wurde zu drei Jahren Gefängnis verurteilt. Die forensische Begutachtung konnte von einer genaueren Analyse des angeblichen Dämmerungszustandes absehen, da die inkriminierten Handlungen außerhalb desselben fielen, sich über viele Jahre erstreckten und, wie ihre Ausführung zeigt, eine sorgfältige Überlegung und intakte psychische Funktionen voraussetzen. Von dem angeblichen Dämmerzustand selbst trägt die anscheinend über Amsterdam, Paris, Italien nach der Schweiz ausgeführte ca. vierwöchige Reise ganz den Charakter eines „poriomanischen Aktes". Mit E. Schultze und Heilbronner hält Vortragender einen derartigen Zustand nicht für ein diagnostisch entscheidendes Symptom, wenn nicht bestimmte pathologische Erscheinungen auch sonst nachweisbar sind. Diese konnten aber bei einer zweijährigen Beobachtung, während welcher G. zum Teil weitgehende Bewegungsfreiheit hatte, vollständig ausgeschlossen werden. Der durch zwei Jahre behauptete Erinnerungsdefekt, der lediglich alle zur persönlichen Indentifizierung dienlichen Momente betraf, muß als eine äußerst geschickte und raffinierte Simulation bezeichnet werden. Dafür spricht auch, daß G., während er alle kleineren Details seines Lebensganges richtig und in richtiger Reihenfolge wußte, die Angaben über epileptische Zustände in der Jugend und eine unbewußte Reise nach Königsberg ganz frei hinzu erfand. Ferner hat G. in dem angeblichen Dämmerzustande, den er selbst als „Bewußtsein einer zweiten Persönlichkeit" bezeichnet, sich im übrigen intellektuell völlig leistungsfähig erwiesen, war sogar geistig produktiv tätig (Erlernen der Stenographie, medizinischer Fachausdrücke, Verfasser guter Zeitungsartikel etc.), was immerhin, ebenso wie die lange, von keiner Veränderung unterbrochene Dauer, der gewöhnlichen Erfahrung über solche Zustände krankhaft veränderten Bewußtseins widerspricht. Endlich spricht für Simulation, daß er auch auf Vorhalt seiner richtigen Personalien zunächst noch nichts davon wissen will, während ihm doch bei einem angeblichen früheren derartigen Zustande schon beim Anblick eines Schriftstücks die Erinnerung wiederkehrte.

Dagegen spricht manches, namentlich ein eigenartiger Mangel an Affekt und an Interesse für seine Angehörigen bei dem geistig sonst hochstehenden, beweglichen und moralisch nicht depravierten Manne dafür, daß es sich um eine psychopathische Veranlagung handelt, die aber die im forensischen und selbst psychiatrischen Gebrauch angenommene Grenze der geistigen Störung nicht erreichte. Von allen pathologischen Phänomenen lassen sich noch am ehesten Beziehungen zu der „pathologischen Lüge (Pseudologia phantastica)" Delbrücks herstellen. Wegen der mit einem Aufgebot von Intelligenz und Phantasie und großer Konsequenz lange Zeit so erfolgreich durchgeführten Simulation ist der Fall von besonderem Interesse.

Heilbronner hat in seiner bekannten Publikation (Jahrbücher für Psych.) einen ähnlichen Fall mitgeteilt, in dem ein Verbrecher wegen eines anscheinend poriomanischen Zustandes längere Zeit in einer Anstalt unter fremden Namen, und ohne daß man seine Vorgeschichte kannte, sich aufhielt.

XIV. Konferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen

(Nach dem offiziellen Bericht der Zentralstelle.)

Am Nachmittage des ersten Tages versammelten sich die Teilnehmer in den Räumen des Folkwangmuseums zur Besichtigung der Ausstellung von Abbildungen und Modellen architektonisch mustergültiger Arbeiter-Wohnhäuser.

Auf der Tagesordnung des zweiten Tages stand „Die Gestaltung des Arbeiter-Wohnhauses". Die Verhandlungen wurden eingeleitet durch einen einführenden Vortrag des Herrn Osthaus über „Das Haus in seiner erzieherischen Bedeutung". Die Elemente der Baukunst seien nicht der Laune und Willkür entsprungen, sondern das notwendige Ergebnis des menschlichen Daseins unter bestimmten äußeren Bedingungen. Das englische Volk sei das einzige unter den modernen Völkern Europas, das sich zu einer häuslichen Kultur durchgerungen habe. Hier seien die repräsentativen Bedürfnisse, die bei uns eine so große Rolle spielen, den Rücksichten der Gesundheit und Zweckdienlichkeit gewichen. Hierin liege die erzieherische Bedeutung

des Hauses, und in dieser Zweckdienlichkeit das Schöne, Künstlerische, das wir erstreben sollten. Nachdem die Fülle der Erfindungen und durch den Weltverkehr übermittelten Eindrücke unser kulturelles Leben wohl bereichert aber auch sehr verwirrt hätte, müsse das erworbene Wissen und Können mit unserem Leben in Harmonie gesetzt werden. Die Neuschöpfung des deutschen Hauses allein könne diesen Ausgleich bewirken.

Herr Landesgewerberat Dr. Muthesius-Berlin sprach über „Die Entwicklung des künstlerischen Gedankens im Wohnhausbau". Die bürgerlichen Kulturäußerungen, namentlich die Baukunst, seien in England reifer und harmonischer. Von der bürgerlichen Baukunst werde der Arbeiterwohnhausbau beeinflußt. In Deutschland lägen in neuerer Zeit ebenfalls sehr glückliche Anfänge in der geschmackvollen Gestaltung des Arbeiterwohnhauses vor, die eine erfreuliche Entwicklung versprächen. — Über die wirtschaftliche Seite der Ausgestaltung des Arbeiterwohnhauses sprach Herr Direktor Dr. Brandts-Düsseldorf. Er konstatierte, daß eine schöne und sinngemäße architektonische Durchbildung der Arbeiterhäuser schon unter den gewöhnlichen wirtschaftlichen Verhältnissen einer ausgezeichneten Rentabilität der Anlage durchaus nicht im Wege stehe. — Prof. Schultze-Naumburg sprach über „Das Bauernhaus in seiner vorbildlichen Bedeutung für den Arbeiterwohnhausbau". Wenn man nach der Form des Arbeiterhauses suche, so kann man Rat finden bei den Ständen, deren Lebensweise und Bedürfnisse mit denen des Arbeiterstandes verwandt sind, und die doch im Besitze einer festen Überlieferung eines eigenen Heims sind. Erst wenn wir die Methode des natürlichen Wachstums wiedergefunden haben werden, ist Hoffnung vorhanden, daß das Bild unseres Landes wieder ein harmonisches wird. Architekt Riemerschmidt-München führte aus, daß strenge Regelmäßigkeit bei anspruchslosen Arbeitern recht unsachlich ist, daß die einfachste Art zu arbeiten hier am Platze ist, bei der Augenmaß und fühlende Hand zu ihrem Rechte kommen. Über die Gestaltung der Arbeiterkolonien sprach Geheimrat Prof. Henrici. In einem kurzen Schlußwort verlangt der Vorsitzende die Gleichberechtigung der künstlerischen mit allen anderen Erwägungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

(Sitzung am 6. Juli.)

Vortrag des Herrn Prof. Dr. Sommerfeld: „Die Anzeigepflicht bei gewerblichen Vergiftungen."

Die Tatsachen der gewerblichen Schädlichkeiten sind bereits in großer Menge bekannt. Aber nur einzelne Ärzte widmen sich ihrer Erforschung. Keine Behörde ist bisher hiermit beauftragt. Eine Professur für Gewerbehygiene ist nur an der Münchener Universität geschaffen, sonst wird dieses Gebiet nur von wenigen Dozenten in wenigen Unterrichtsstunden vorgetragen. Die Gewerbeaufsichtsbeamten haben sich gemäß ihrer Instruktion mit der Feststellung der gewerblichen Schädlichkeit zu befassen, indessen fehlen ihnen für diesen Zweck nicht nur die erforderliche Muße — sie sind mit Geschäften überbürdet —, sondern vor allem die ärztlichen Kenntnisse, wiewohl sie anerkanntermaßen sich bemühen, diese zu erlangen. Sie konnten in Leipzig 1901 keine Bleivergiftung feststellen, aber bereits 1902 nach der Einführung der Anzeigepflicht 200 derartige Fälle melden. Laut Bekanntmachung des Bundesrates finden in Akkumulatorenfabriken, Zink- und Bleihütten u. a. periodische Untersuchungen der Arbeiter durch Fabrikärzte statt. Diese sind aber gänzlich von den Unternehmern abhängig, verschweigen zahlreiche Diagnosen, machen also wertlose Mitteilungen. Mit Roth und Lehmann-Würzburg fordert Sommerfeld staatlich angestellte Ärzte für diese Zwecke. Obwohl die Kreisärzte nach § 92 ihrer Dienstanweisung gehalten sind, den gesundheitsschädlichen Betrieben ihre Aufmerksamkeit zuzuwenden, hindert sie die allbekannte Überlastung mit Berufsgeschäften an derartigen Erhebungen. Sehr viele Betriebe sind noch nicht der Gewerbeinspektion unterstellt. Aus allen diesen Gründen befürwortet Sommerfeld die in neuester Zeit aufgestellte Forderung der Anzeigepflicht für jeden Fall gewerblicher Schädigung. Lewin habe sich für die Anzeigepflicht seitens der Unternehmer ausgesprochen, weil die Ärzte nach seiner Meinung in der Pathologie der Gifte zu wenig ausgebildet seien, so daß deren Anzeigen zu einem falschen Bild über die Verhältnisse in einem Giftbetriebe führen würden. Mit diesem Vorschlage konnte Lewin sich keinen Beifall erwerben, weil dann wiederum die Arbeitgeber die Unterdrückung der Anzeigen in der Hand hätten, und die erfolgten Meldungen noch besondere Kontrolluntersuchungen notwendig machen würden.

Für ihn (Sommerfeld) unterliege es keinem Zweifel, daß nur die Ärzte, sowohl die frei praktizierenden als die Anstaltsärzte, die Anzeige auszuführen hätten. Strittig sei es, ob die Anzeige den Krankenkassen oder der Medizinalbehörde erstattet werden solle. Die Ärzte sollen die Meldung gegen Entgelt machen. Merkblätter über Art, Klinik, Pathologie und Prophylaxe der gewerblichen Vergiftung sollten allen Ärzten zugehen, um das diesbezügliche Studium anzuregen und zu fördern. S. geht ausführlich auf die Handhabung der Anzeigepflicht in England ein; dieselbe ist dort seit 1895 obligatorisch für die Ärzte, wird honoriert und hat zahlreiche gewerbliche Vergiftungen aller Arten zutage gefördert. Außerdem wird von den Ärzten ein begründetes Gutachten eingefordert, ob ein leichter, schwerer oder mittelschwerer Fall vorliegt. Überall wo in Deutschland, z. B. in Chemnitz, Dresden, Leipzig, den Kassenärzten eine Art Anzeigepflicht auferlegt wurde, ließen sich in bedeutender Anzahl Bleivergiftungen, die mit Arbeitsunfähigkeit verknüpft waren, ermitteln. Die Arbeitsfähigen wurden aus den Liquidationen der Kassenärzte erkannt.

Auf die von mehreren Seiten erhobenen Einwürfe geht der Redner zum Schlusse seines Vortrages ein. Die Mehrbelastung der Ärzte werde infolge der Anzeigepflicht entschieden eintreten, aber demgegenüber stehe die besondere Bezahlung. Ferner ist bemerkt worden, der Arzt könne optima fide die Meldung unterlassen, weil die Erkennung der Krankheit zu schwierig sei. In solchen Fällen, meint Sommerfeld, werde der Arzt kaum strafbar werden.

Was soll nun zur Fürsorge für die ermittelten Vergiftungsfälle geschehen? Hier adoptiert S. die Lewinsche Auffassung: er wünscht, die gewerblichen Vergiftungen sollen allein dem Betriebe angerechnet und wie Betriebsunfälle entschädigt werden.

Wenn die Arbeiter eine Rente für die Schädigung der Giftarbeit zu erlangen suchen, so werden sie besonders gern sich an den Arzt zur Erstattung der Meldung wenden. —

Wir leben im Zeitalter der Anzeigepflicht und der Zählkarten. Man begnügt sich nicht mit der Anzeige der Infektionskrankheiten, der Todesfälle und der Kurpfuscher, sondern man wünscht auch, diese ärztliche Berufspflicht auf Geschlechtskranke, Schwindsüchtige und Gewerbekranke auszudehnen. Es ist nicht meine Aufgabe, hier zu zeigen, wie dürftig vielfach der Nutzen der obligatorischen Anzeige gegenüber anderen hygienischen Maßnahmen ist. Aber während es sich bei den Infektionskrankheiten meist um eindeutige Befunde handelt, ist die klinische Beobachtung der Gewerbekrankheiten hierfür noch nicht exakt genug. Ferner läßt der Unternehmer es schon heute den Arzt genügend büßen, der auf den Medizin- und Krankenscheinen die Diagnose Bleivergiftung vermerkt; er befiehlt seinen Arbeitern, einen anderen, coulanteren Arzt aufzusuchen, der klug genug ist, sich mit der Bezeichnung Magenkatarrh zu begnügen. Und dagegen hilft nicht einmal eine Honorierung von zehn Mark für jede Anzeige.

Nach meiner Ansicht ist die gute Idee Sommerfelds bei der Reform der Krankenversicherung ohne Anzeigeformular in zweckmäßigerer Weise auszuführen, nämlich dadurch, daß jeder Kassenarzt sowohl über jede chronische Erkrankung als über jede mit Arbeitsunfähigkeit verbundene Krankheit ein von der Versicherung bezahltes, klinisches Attest erstattet. Dahin gehört eo ipso der Bericht über eine Gewerbekrankheit. Eisenstadt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Zur Auslegung des § 47 Abs. 1 des Invalidenversicherungsgesetzes.

Kann durch die Gewährung eines passenden Bruchbandes oder ähnlicher Hilfsmittel eine die Entziehung der Invalidenrente rechtfertigende Veränderung in den Verhältnissen des Empfängers herbeigeführt werden? (Revisionsentscheidung 1193 vom 4. November 1904.)

Nach § 47 Abs. 1 des I.-V.-G. kann Invalidenrente entzogen werden, wenn in den Verhältnissen des Empfängers eine Veränderung eintritt, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt. Über die Bedeutung dieser Vorschrift hat sich das Reichsversicherungsamt bereits in der Revisionsentscheidung 1074 (Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1903, Seite 539) eingehend geäußert. Die dort gegebene Auslegung des Begriffs „Veränderung in den Verhältnissen des Rentenempfängers“ kann aber nicht dazu führen, für die Entziehung der Rente allemal die Feststellung zu fordern, daß in dem objektiven Bestande des Körpers oder in den Geisteskräften des Rentenempfängers selbst eine Besserung eingetreten sei, sondern es muß auch die Feststellung genügen, daß durch das Hinzutreten besonderer Umstände die durch die Leiden und Gebrechen eines Rentenempfängers bis dahin gebundenen geistigen und körperlichen Kräfte gelöst, und die die Erwerbsfähigkeit beschränkenden Folgen dieser Leiden und Gebrechen ausgeglichen werden, so daß dadurch eine wirkliche Steigerung der Arbeitsfähigkeit des Rentenempfängers hervorgerufen und demselben nunmehr ermöglicht wird, die ihm verbliebene Arbeitskraft auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in größerem Umfange als bisher zu verwerten und seinen Arbeitsverdienst zu erhöhen. In Übereinstimmung hiermit hat das Reichsversicherungsamt in der angeführten Revisionsentscheidung 1074 bereits angenommen, daß unter Umständen in der Gewöhnung an den krankhaften Zustand und in dem Erwerbe neuer Fähigkeiten eine Änderung des geistigen und körperlichen Zustandes des Rentenempfängers liegen kann.

Nach § 5 Abs. 4 des I.-V.-G. liegt dauernde Erwerbsunfähigkeit nur dann vor, wenn der Versicherte nicht mehr „imstande ist“, durch eine seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit ein Drittel des Durchschnittslohnes gleichartiger Arbeiter in derselben Gegend zu verdienen. Aus dieser Bestimmung ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Prüfung der Erwerbsfähigkeit eines Rentenbewerbers zu unterstellen, daß er seine Fähigkeiten und Kräfte auch gebraucht und auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auch verwertet. Es muß aber auch weiter bei dieser Prüfung vorausgesetzt werden, daß er zur Hebung der Arbeitskraft sich der gewöhnlichen Heil- und Hilfsmittel und der ihm zu Gebote stehenden Ersatzstücke fehlender Körperteile bedient, so daß von dauernder Erwerbsunfähigkeit dann nicht die Rede sein kann, wenn der Gebrauch dieser Heil- und Hilfsmittel, sowie der Ersatzstücke den Rentenbewerber in die Lage versetzen würde, noch mehr als ein Drittel des im § 5 Abs. 4 des I.-V.-G. festgesetzten Mindestlohns zu verdienen (zu vergl. Revisionsentscheidung 213, Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts, Invaliden- und Altersversicherung 1893, Seite 57). In folgerichtiger Anwendung dieses Grundsatzes muß auch angenommen werden, daß, wenn einem Rentenempfänger durch Gewährung passender Ersatzstücke und Hilfsmittel die Möglichkeit geboten wird, seine Kräfte zu heben und zu stärken und sie auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt in größerem Umfange als bisher zu verwerten, hierin eine Besserung des körperlichen und geistigen Zustandes des Rentenempfängers im Sinne des § 47 Abs. 1 des I.-V.-G. liegen kann, insbesondere dann, wenn bereits eine Gewöhnung an den Gebrauch dieser Ersatzstücke und Hilfsmittel stattgefunden hat, und dadurch eine Erhöhung der Arbeitskraft selbst hervorgerufen worden ist (zu vergleichen Rekursentscheidung 584, Amtl. Nachrichten des Reichsversicherungsamts 1888, S. 299; Handbuch der Unfallversicherung, zweite Auflage, § 65 Anm. 87). Das Schiedsgericht hat daher das bestehende Recht unrichtig angewendet, wenn es für die Feststellung der Veränderung in den Verhältnissen des Klägers den Nachweis verlangt, daß in dem Bruchleiden oder in der Sehkraft des rechten Auges des Klägers eine Änderung eingetreten sei, und wenn es bei dem Mangel dieses Nachweises den Rentenentziehungsbescheid der beklagten Versicherungsanstalt als unbegründet aufhebt; es hätte weiter prüfen müssen, ob durch Gewährung eines passenden Bruchbandes in den Verhältnissen des Klägers eine Veränderung eingetreten sei, die ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen lasse. Das angefochtene Urteil unterlag daher wegen unrichtiger Anwendung des bestehenden Rechts der Aufhebung.

Nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. E. vom 9. April 1902, das für die Festsetzung der Rente maßgebend war, litt der Kläger an einem linksseitigen, ziemlich faustgroßen Leistenbruch, der nach Ansicht des Sachverständigen nur schwer und dann auch nur teilweise zurückzubringen war, und an einer rechtsseitigen linsengroßen Hornhauttrübung. Dieselben Leiden und Gebrechen hat auch der Kreisarzt Dr. Sch. bei der Untersuchung vom 24. August 1903 festgestellt, nur ist er entgegen dem früheren Gutachter der Ansicht gewesen, daß der Bruch leicht zurückzubringen war, und daß er durch ein gut sitzendes Bruchband vollständig zurückgehalten werden könnte. Im vorliegenden Falle konnte nun unerörtert bleiben, ob eine Änderung in der Bruchanlage selbst eingetreten ist, oder ob nur eine verschiedene Beurteilung derselben Sachlage vorlag; denn dem Kläger ist auf Veranlassung des Kreisarztes Dr. Sch. von der beklagten Versicherungsanstalt ein gut sitzendes Bruchband gewährt worden, welches nach der Feststellung des Sachverständigen den Bruch vollständig zurückhält.

Hiernach muß angenommen werden, daß der im besten Mannesalter stehende und bis auf den Verlust der Sehkraft des rechten Auges gesunde Kläger die im § 5 Abs. 4 festgesetzte Grenze der Erwerbsunfähigkeit, falls er das ihm gelieferte gut sitzende Bruchband gebraucht, bei weitem nicht mehr erreicht, so daß die Entziehung der Rente gerechtfertigt war.

Responsabilité d'honoraires.

Tribunal de paix de Meulan.

(Journ. méd. de Bruxelles, 1905, Nr. 6.)

Eine junge Frau, die mit ihrem Manne in Scheidung lag, machte einen Selbstmordversuch durch Ersticken mit Kohlenoxydgas. Sie wurde von dem durch die Nachbaren hinzugerufenen Arzt nach schweren Mühen gerettet. Die in Anbetracht der Umstände mäßige Rechnung des Arztes wurde vom Ehemann unter dem Vorgeben abgewiesen, daß er den Arzt nicht gerufen habe. Außerdem habe er schon vorher in den Zeitungen bekannt gemacht, daß er für die Geldausgaben seiner verschwenderischen Frau nicht aufkomme. Vom Gericht wurde der Ehemann zur Zahlung verurteilt. In der Begründung hieß

es, daß der Arzt dem Rufe im Interesse der Allgemeinheit sich nicht hätte entziehen dürfen; es sei nicht seine Sache, die den Selbstmordversuch begleitenden Umstände zu prüfen. In der noch zu Recht bestehenden Ehe seien außerdem die Ehegatten verpflichtet, einander Hilfe und Beistand zu leisten. Der Mann könne sich dieser Pflicht nicht durch Bezug auf seine Zeitungsannonze entziehen; ganz abgesehen davon, daß die unter solchen Umständen geleistete ärztliche Hilfe nicht als Luxusaufwendung anzusehen sei. Ktg.

Tagesgeschichte.

Das österreichische „Programm für die Reform und den Umbau der Arbeiterversicherung" mit Ausblicken auf die deutsche Reform.

In der „Arbeiterversorgung" prüft Amtsgerichtsrat Hahn-Berlin, wie weit die Bestimmungen des österreichischen Programms einer Reform des Versicherungswesens bei uns als Grundlage dienen können. Nach diesem Programm sollen die Krankenkassen, die Unfallversicherungsanstalten, sowie die zu errichtende Invalidenkasse ihre Selbständigkeit behalten, alle aber sollen auf der gleichen, nämlich territorialen Organisationsgrundlage ruhen. Österreich hat uns gegenüber den Vorzug, daß es für die Unfallversicherung bereits die territoriale Grundlage angenommen hat und den Mangel, daß es noch keine Invalidenversicherung hat. Rein äußerlich, räumlich liegt nach dem Programm ein Gesamtbau mit den Krankenkassen als Grundlage und der Invalidenkasse als Spitze vor. Innerlich besteht ein entsprechender Zusammenhang insofern, als die Fürsorge der einen Einrichtung da einzusetzen hat, wo die der anderen aufhört. Es kann sich für uns nur darum handeln, inwieweit wir bei Berücksichtignng unserer andersartigen Verhältnisse und der schon bestehenden Einrichtungen dem Programm, welches übrigens der späteren Entwicklung der Gesetzgebung freien Spielraum läßt, Anregungen für unsere Reform entnehmen können. Ebenso wie das Programm als „ein Mittelweg zwischen Theorie und Praxis" bezeichnet wird, müssen die Vorschläge für die Reform auch bei uns einen Kompromiß zwischen den an ein einheitliches System der Arbeiterversicherung einerseits und den Rücksichten auf das bereits Vorhandene und das praktisch Erreichbare andererseits darstellen. Hiervon gehen auch die folgenden Erörterungen aus.

1. Der Unterbau. Die Vereinfachung der Arbeiterversicherung bedingt nicht notwendig die Preisgabe der Selbstverwaltung der Krankenkassen. Wenn dieses Recht der Kassen auch nicht Selbstzweck ist, so ist es die Vereinfachung der Arbeiterversicherung ebensowenig. Die in den Berufsgenossenschaften vereinigten Unternehmer haben an der Unfallversicherung ein rein vermögensrechtliches Interesse, die in den Krankenkassen vereinigten Arbeiter darüber hinaus ein höchst persönliches Interesse. Wenn der Staat die Arbeiter zwangsweise zu genossenschaftlicher Fürsorge für Krankheitsfälle zusammenschließt, so ist es billig, daß er ihnen innerhalb der Genossenschaft das Recht vorbehält, auf die Gestaltung der Krankenkasse mit einzuwirken. Die Beseitigung der Selbstverwaltung müßte eine aufreizende Wirkung haben. — Graf v. Posadowsky hat bemerkt, es müsse Aufgabe der Zukunft sein, die drei großen Versicherungen in eine einheitliche Form zusammenzufassen, in Österreich liege bereits eine Denkschrift in diesem Sinne vor. An völlige Verschmelzung der Versicherungen, oder auch nur an die Aufhebung der Selbstverwaltung der Krankenkassen hat hierbei der Staatssekretär offenbar nicht gedacht, sonst wäre der Hinweis auf das österreichische Programm verfehlt. Die Ansicht des Staatssekretärs, daß die Entwicklung dahin gehen müsse, daß man einen Unterbau unter berufsmäßiger Leitung schaffe, bedingt durchaus nicht die Aufhebung der Krankenkassen und ihrer Selbstverwaltung. Die eigentümliche Form, die das Programm für die Selbstverwaltung der Kassen vorsieht, scheint freilich nicht annehmbar. Daß nämlich der „leitende Kassenbeamte", der naturgemäß dem Vorstande untergeben sein müßte, von der staatlichen Versicherungsanstalt oktroyiert werden, und daß er sogar gehalten sein soll, eventuell Vorstandsbeschlüsse nicht auszuführen, sondern erst die Entscheidung der Aufsichtsbehörde einzuholen, würde unerträglich sein. Die natürliche Verantwortlichkeit und die Autorität des Vorstandes würden geschwächt werden, wenn man mit diesem „leitenden Beamten" sozusagen der Kasse einen Fremdkörper ins Fleisch triebe. Garantien für die sachgemäße Erledigung der Geschäfte dürfen nicht mit einer Verkümmerung der Selbstverwaltung verbunden sein. Eine möglichst wirksame Gestaltung und Ausübung der Staatsaufsicht, das Erfordernis der Bestätigung des Vorsitzenden, die Übertragung der Beamteneigenschaft auf ihn und die Kassenbeamten, das etwa würden geeignete Garantien sein.

Wie soll innerhalb der Kasse der Einfluß der Arbeitgeber und der Versicherten verteilt werden? Bei Heranziehung beider Teile nach dem Beitragsverhältnis muß den Versicherten jedenfalls die Stimmenmehrheit zustehen, weil sie ja die Eintrittsgelder, die Zusatzbeiträge für Familienmitglieder und die Beiträge der freiwilligen Mitglieder allein aufbringen. Die Erwägung, daß es grundsätzlich nicht ohne weiteres gerechtfertigt ist, das Mitbestimmungsrecht der Interessenten nur nach der Höhe der Beitragsleistung zu bestimmen, spricht lediglich zugunsten der Arbeiter, für die nicht nur vermögensrechtliche, sondern auch höchst persönliche Interessen in Frage stehen, und denen daher in den Krankenkassen ein überwiegender Einfluß und auf den andern Versicherungsgebieten ein gewisses Maß der Mitbestimmung eingeräumt werden muß. Es ist dabei auch zu bedenken, daß die Arbeitgeber zu Beiträgen ja verpflichtet sind. Die Gestaltung der Selbstverwaltung wäre danach etwa so zu denken: Die Generalversammlung und die Vertretung im Vorstande besteht aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten, so daß den letzteren die Mehrheit der Stimmen zusteht. Der Vorsitzende wird von der Generalversammlung gewählt und bedarf der Bestätigung durch die Verwaltungsbehörde, deren Versagung zu begründen ist und im Verwaltungsstreitverfahren angefochten werden kann. Der Vorsitzende und die vom Vorstande angestellten Kassenbeamten sind als mittelbare Staatsbeamte eidlich zu verpflichten, und müßten eine ähnliche Stellung haben, wie der Bürgermeister mit seinen Sekretären in der Stadtverwaltung. Es ist dabei selbstverständlich an große, leistungsfähige Kassen gedacht. Eine weitgehende Zentralisierung ist unerläßlich für einen erweiterten Aufgabenkreis, namentlich eine wirksame Krankheitsverhütung. Handelt es sich um den Umbau der Arbeiterversicherung überhaupt, so müssen die Sonderkassen weichen. Diese können als Zuschußkassen fortbestehen und eine ersprießliche Wirksamkeit entfalten. — Als örtliches Gebiet der einzelnen Bezirkskrankenkassen könnte man vielleicht die Landgerichtsbezirke ins Auge fassen. Kassen von nur 1000 Mitgliedern, wie sie das österreichische Programm als Minimum bestimmt, würden zu klein und nur ausnahmsweise zuzulassen sein. Dem Bedürfnis nach Dezentralisierung würde durch örtliche Verwaltungsstellen Rechnung zu tragen sein. — Große allgemeine Ortskrankenkassen in diesem Stile bestehen schon jetzt und haben sich trefflich bewährt. Man wird die Einrichtungen nach wohlerwogenen Normen und womöglich nach bewährtem Muster bilden und bei ber Auswahl der Personen Sorge treffen müssen.

Parallel mit dieser Kassenorganisation hätte eine Behördenorganisation zu gehen. Für den Bezirk einer jeden Kasse wäre ein öffentliches Amt „ein Wohlfahrtsamt“ zu errichten, dem außer Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten der Gewerbebeamte und der Kreisarzt so anzugliedern wären, daß wir ein sachkundiges Organ für die Erledigung sozialer Verwaltungsaufgaben überhaupt hätten. Auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung würden dem Amte im allgemeinen die Funktionen der unteren Verwaltungsbehörden und auf dem der Krankenversicherung die der Aufsichtsbehörde, außerdem gewisse Entscheidungskompetenzen zu übertragen sein. Die behördlichen sozialpolitischen Aufgaben erfordern eine Fachbehörde mit sozialpolitisch vorgebildeten Beamten. Auf dem Gebiete der Krankheitsverhütung würden dem Amte die wesentlich polizeilichen Anordnungen und die Überwachung ihrer Ausführung, insbesondere die Wohnungskontrolle, die Einrichtung oder Förderung von hygienischen Veranstaltungen, wie Arbeiterbadehäuser, Arbeiterwohnungen usw. obliegen. Es erscheint nicht zutreffend, daß der doppelte Apparat auch doppelt Kosten und Kräfte beanspruchen würde; denn auf der Seite der Kassen würden durch eine Zentralisierung Kosten und Kräfte gespart und durch die Errichtung des Wohlfahrtsamts würden Kräfte in der Kommunal- und Staatsverwaltung frei werden.

2. Unfall- und Invalidenversicherung. An eine Verschmelzung der Unfall- mit der Invalidenversicherung zu einer großen Rentenversicherung, oder auch nur an die Auflösung der Berufsgenossenschaften behufs Bildung besonderer territorialer Anstalten ist für absehbare Zeit nicht zu denken. In dieser Hinsicht werden wir hinter dem österreichischen Programm zurückbleiben müssen. Die Unternehmer würden sicher dem vermittelnden Vorschlag ebenso wie der radikalen Beseitigung der Berufsgenossenschaften einen kaum zu überwindenden Widerstand entgegensetzen. Eher dürften sie vielleicht zu haben sein für einen Vorschlag v. Frankenberg, der die Beseitigung der Unfallverletzung als besonderen Fürsorgegrund empfiehlt. In diesem Vorschlag erscheint die „Einfachheit“ als Selbstzweck auf Kosten einleuchtender Billigkeitsrücksichten. Mit einer derartigen Auflösung der Unfall- in die Kranken- bzw. Invalidenversicherung wäre daher nicht ernstlich zu rechnen. Man wird sich daher begnügen müssen, die Verbindung zwischen Unfall- und Invalidenversicherung einerseits und Krankenversicherung andererseits sachlich und formell enger zu gestalten. Daß nach Ablauf der Krankenunterstützungsfrist von 26 Wochen entweder die Unfall- oder die Invalidenversicherung sich unmittelbar anzuschließen hat, und daß demgemäß auch die Karenzzeit für die Unfallversicherung auf 26 Wochen erhöht wird, erscheint billig. Das Nebeneinanderbestehen von Ansprüchen an die Krankenkasse und an die Berufsgenossenschaft führt zu peinlichen Auseinandersetzungen. In formeller Hinsicht würde die Krankenkasse verpflichtet sein, durch rechtzeitige Mitteilung an das Wohlfahrtsamt in den entsprechenden Fällen die lückenlose Ablösung der Kranken- durch die Unfall- oder Invalidenfürsorge herbeizuführen.

3. Entscheidung von Streitigkeiten. Bei der verwirrenden Fülle der nach dem geltenden Recht zuständigen Instanzen und zulässigen Rechtsmittel tut Vereinfachung dringend not. Sie kann leicht erreicht werden, wenn man, wie das österreichische Programm, im Prinzip die Streitigkeiten privatrechtlichen Charakters den Schiedsgerichten und dem Obergericht, die Beziehungen öffentlich-rechtlicher Natur den politischen Behörden zur Entscheidung zuweist. An Stelle der letzteren hätte bei uns das Wohlfahrtsamt zu treten. Wenn in diesem eine sachkundige, paritätisch besetzte Entscheidungsinstanz gegeben wäre, würde jeder Grund für die besondere Zuständigkeit der Gewerbegerichte usw. fortfallen. Gegen die Entscheidungen des Amts in reinen Verwaltungssachen müßte die Beschwerde an die höhere Verwaltungsbehörde, in vermögensrechtlichen Streitigkeiten an das Schiedsgericht zulässig sein, gegen dessen Entscheidung es unter gewissen Voraussetzungen noch ein Rechtsmittel bei dem Reichsversicherungsamt geben müßte. Daß die Bescheide von Unfall- und Invalidensachen jetzt von Organen der leistungspflichtigen Körperschaften erlassen werden, daß also der Schuldner das Urteil fällt, muß als bedenklich angesehen werden. Es erscheint als eine Forderung des Rechts, daß die Entscheidung einer unparteiischen Amtsstelle übertragen werde: dem Wohlfahrtsamte. In allen Fällen aber, mit Ausnahme der Streitigkeiten zwischen Versicherungsträgern, würde Berufung an das Schiedsgericht und weiterhin die Anrufung des Reichsversicherungsamtes zulässig sein müssen. Die Schiedsgerichte würde man reorganisieren und mit Bürgschaften einer größeren Autorität ausstatten müssen. Zu Vorsitzenden dürften nur erfahrene Beamte berufen werden, die Beisitzer dürften nicht beständig wechseln, für besondere Fälle müßte auf sachverständige Besetzung des Gerichts Bedacht genommen werden. Als dritte Instanz wäre das Reichsversicherungsamt anzurufen. Das Rechtsmittel sollte nur zugelassen werden, wenn das Urteil des Schiedsgerichts auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung geltenden Rechts beruht, oder wenn das Verfahren an wesentlichen Mängeln leidet. Die Verhandlung müßte öffentlich und mündlich sein.

Einer Kritik dieser Vorschläge wollen wir uns heute enthalten.

Waldfrieden.

Am 2. Juli d. J. fand die Eröffnungsfeier der Erweiterungsbauten der Heilstätte „Waldfrieden“ für Alkoholkranke bei Fürstenwalde a. d. Spree unter großer Beteiligung von Anstaltsdirektoren und anderen Anhängern der Antialkoholbewegung statt.

Die Landesdirektion der Provinz Brandenburg war durch Herrn Landesrat Gerhard, die Armendirektion von Berlin und Charlottenburg durch die Stadträte Münsterberg und Samter vertreten. Der stellvertretende Vorsitzende des Vereins, welcher — unter dem Vorsitz des Herrn Geheimrat Dr. Sander — diese Heilstätte teils aus privaten Mitteln, teils mit Unterstützung der Provinz und Städte Berlin und Charlottenburg begründet hat, Herr Stadtrat Dr. Waldschmidt hat sich ganz besondere Verdienste um das Zustandekommen, die Erbauung und innere Ausgestaltung dieser Anstalt erworben, die nicht nur hervorragend geschmackvoll eingerichtet ist, sondern auch geradezu eine Musteranstalt genannt werden kann.

Derselbe hielt einen längeren Vortrag, in welchem er die Entstehung der Anstalt entwickelte und die bisherigen Erfolge der Behandlung mitteilte. Danach sind etwa ein Drittel der bisher behandelten zirka 300 Alkoholkranken seit den fünf Jahren des Bestandes abstinent geblieben; eine Ziffer, die mit den in der Schweiz gemachten Erfahrungen übereinstimmt.

Als besondere therapeutisch wertvolle Faktoren wirken das abstinente Milieu und die Anhaltung zur Beschäftigung, namentlich mit Landwirtschaft in dem ausgedehnten Gutsbezirk der Anstalt, die im Walde schön gelegen ist.

Die Erweiterungsbauten tragen den Charakter einer geschlossenen Anstalt mit drei aus Parterre und Obergeschoß bestehenden hübschen Häusern, welche für Kranke mit leichten Alkohol-Psychosen bestimmt sind.

Nunmehr sind 150 Plätze in der Anstalt vorhanden, von denen einige 30 für freiwillig Eintretende zur Verfügung stehen.

Die ärztliche Leitung der Anstalt ist in den Händen des Herrn Dr. Dankwardt.

Der Provinzialverband von Brandenburg, sowie die Deputation für städtische Irrenpflege in Berlin haben einen Vertrag mit dem Bezirksverein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke für Berlin und Umgegend geschlossen, wonach bereits eine An-

zahl geeigneter Alkoholkranker aus den Landesirrenanstalten und Irrenanstalten der Stadt Berlin in die Heilstätte Waldfrieden überführt worden sind. Diese ist auch mit Pensionärabteilungen für Kranke besserer Stände versehen.

Bei der Bewirtung drückte Herr Stadtrat Münster und Herr Landesrat Gerhard den Dank der Gäste aus. Letzterer hob in einem launigen Toast mit Recht hervor, daß die dort kredenzten alkoholfreien Getränke recht trinkbar waren.

Max Edel-Charlottenburg.

Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Erlaß vom 2. Juni 1905, betreffend die Berechnung von Witwen- uud Waisengeldern bei Betriebsunfällen.

1. Den Witwen und Waisen unmittelbarer Staatsbeamter, die infolge eines im Dienst erlittenen Betriebsunfalls gestorben sind, stehen Witwen- und Waisengelder nach Maßgabe der Pension zu, die der Verstorbene auf Lebenszeit bezogen hätte, wenn der Unfall nur seine dauernde Dienstunfähigkeit herbeigeführt hätte.

2. Die Witwen- und Waisengelder der Hinterbliebenen eines aus dem Dienst ausgeschiedenen Beamten, der eine Unfallpension bezogen hat, werden in jedem Fall nach Maßgabe der von dem Beamten tatsächlich auf Lebenszeit bezogenen Pension berechnet.

3. Ob und wie weit die unter 1 bestimmten Witwen- und Waisengelder durch Unfallrenten zu ersetzen sind, bestimmt sich nach § 2 des Unfallfürsorgegesetzes.

4. Eine Abänderung bereits rechskräftig gewordener Festsetzungen wird durch diese Regelung nicht bedingt.

— — 10. Juni 1905, betreffend die Bewilligung von Unterstützungen an mit Dienstentlassung bestrafte Beamte.

Es werden die hierüber früher erlassenen Bestimmungen in Erinnerung gebracht.

Verordnung über das Inkrafttreten des Gesetzes, betreffend die Dienstbezüge der Kreistierärzte vom 24. Juli 1904.

Das Gesetz tritt am 1. Juli 1905 in Kraft.

Allerhöchster Erlaß vom 25. Juni 1905, betreffend den Rang der etatsmäßigen Lehrer der tierärztlichen Hochschulen, der Departements- und Kreistierärzte.

Die Lehrer der tierärztlichen Hochschulen gehören der 4., die Departementstierärzte der 5. Rangklasse an, die Kreistierärzte stehen zwischen der 5. Rangklasse und der Klasse der Referendarien der Landeskollegien. Departementstierärzte können zu Veterinärräten und Geheimen Veterinärräten, Kreistierärzte zu Veterinärräten ernannt werden.

Verordnung, betreffend die Tagegelder und Reisekosten der Veterinärbeamten vom 25. Juni 1905.

Bei Dienstreisen in veterinär- oder sanitätspolizeilichen Angelegenheiten betragen die Tagegelder 10 Mk., in gerichtlichen Angelegenheiten für Kreistierärzte 7,50 Mk., für Departementstierärzte 9 Mk. Die Reisekosten werden mit 7 Pf. für das Kilometer bei Eisenbahn oder Dampfschiffahrten, mit 35 bis 50 Pf. für das Kilometer bei anderweitigen Reisen berechnet.

Erlaß vom 28. Juni, betreffend die Einsendung wichtiger genereller Verordnungen medizinal- und sanitätspolizeilichen Inhalts seitens der Provinzialbehörden an das Ministerium.

Derartige Verordnungen sollen in drei Abschriften eingesandt werden. Die eine soll dem Kaiserlichen Gesundheitsamt zur Verfügung gestellt, die zweite den Akten einverleibt und die dritte für das „Ministerialblatt" verwertet werden. Es wird anheimgestellt, auch kurze Mitteilungen und Notizen behufs Abdruck in dem genannten Blatt zu übersenden.

II. Ärztliches Prüfungswesen.

— — 21. Juni 1905, betreffend die Ableistung des praktischen Jahres seitens der Kandidaten der Medizin.

Die Entscheidung über Gesuche um Befreiung von der Ableistung des praktischen Jahres erfolgt durch den Herrn Reichskanzler in Übereinstimmung mit der Landeszentralbehörde, wodurch eine gleichmäßige Entscheidung im Gesamtgebiete des Deutschen Reiches gewährleistet wird. Die betreffenden Gesuche sind von den Vorsitzenden der ärztlichen Prüfungskommissionen sorgfältig zu prüfen und nur dann zu befürworten, wenn „zwingende persönliche Verhältnisse" vorliegen. Als solche kommen in Betracht:

1. Ungünstige Vermögensverhältnisse.
2. Militärverhältnisse.
3. Vorgerücktes Alter, infolge eines Berufs- oder Studienwechsels.
4. Übernahme der Praxis des Vaters oder eines nahen Verwandten.
5. Krankheit, die z. B. eine längere Seereise — als Schiffsarzt — notwendig macht. Verzögerung des Studiums durch längere Krankheit.

Eine in Aussicht stehende Assistentenstelle kann als „zwingendes persönliches Verhältnis" nicht in Betracht kommen. Bei der Beurteilung der Vermögensverhältnisse sind die Vergünstigungen, die eine Reihe der in Betracht kommenden Anstalten den Praktikanten gewähren, zu berücksichtigen.

III. Apothekerwesen.

Der Minister der Medizinalangelegenheiten hat mittels Verfügung vom 28. Juni 1905 bestimmt, daß nach der deutschen Arzneitaxe der Apotheker bei der Abgabe von Pillen, Suppositorien, Stäbchen nur einfache Gläser oder graue Kruken zu verwenden oder zu berechnen berechtigt ist. Die Verwendung derartiger fester Geräte ist geboten bei der Abgabe von Arzneien, welche dem Zerfließen, Zerbrechen oder Verderben ausgesetzt sind.

IV. Verkehr mit Nahrungsmitteln.

— — 28. Juni 1905, betreffend die Herstellung von Büchsengemüsen.

Es wird darauf hingewiesen, daß

1. eine Erhitzung von 100 Grad auf die Dauer von zehn Minuten sich zur Abtötung schädlicher Keime geeignet erwiesen hat,
2. der Inhalt von Büchsen, die bei der Öffnung einen verdächtigen Geruch erkennen lassen, im Haushalte unter keinen Umständen Verwendung finden darf.

V. Verkehr mit Arzneimitteln.

— — 20. Juni 1905, betreffend den Nachweis von Holzgeist in branntweinhaltigen Arzneimitteln.

Die in Frage kommenden Arzneimittel sind bei den regelmäßigen Besichtigungen der Apotheken der Prüfung auf einen Gehalt an dem als Denaturierungsmittel verwandten acetonhaltigen Holzgeist zu unterwerfen. Ein Verfahren für die erforderliche Untersuchung ist ausgearbeitet und beigefügt. Durch Aceton oder Holzgeist verunreinigte Arzneimittel sind aus dem Verkehr zu ziehen, und die Geschäftsvorstände auf das Strafbare des Verkaufs hinzuweisen.

VI. Serumprüfung.

Bekanntmachung.

Das Diphtherie-Heilserum Nr. 74 aus der Merckschen Fabrik in Darmstadt ist wegen Abschwächung zur Einziehung bestimmt.

VII. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

— des Ministers der öffentlichen Arbeiten vom 13. Januar 1905, betreffend vierachsige Abteilpersonenwagen 3. Klasse mit Einrichtung zur Krankenbeförderung.

Es sind 40 derartige mit den nötigen Gegenständen ausgerüstete Wagen eingestellt und den Eisenbahndirektionen überwiesen worden. Vom 1. Mai 1905 sind sie zunächst auf den Linien der preußisch-hessischen Staatsbahnen zu benutzen.

VIII. Gewerbehygiene.

Bekanntmachung, betreffend die Einrichtung und den Betrieb der Bleihütten. Vom 16. Juni 1905. (Wird unter „gewerbehygienischer Rundschau" näher besprochen.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. — № 16. — Ausgegeben am 15. August.

Inhalt:

Über die Begutachtung der Unfallverletzten.*)

Von
Oberamtsarzt Dr. H. Georgii in Maulbronn.

Es sind nun rund 20 Jahre her, daß mit der Einführung der sozialen Gesetzgebung der Ärzteschaft ein neues großes Feld für ihre Tätigkeit eröffnet worden ist. Unter den Arbeiterfürsorgegesetzen ist es nicht zum mindesten das Unfallversicherungsgesetz, welches nicht allein für den ärztlichen Stand, sondern für die gesamte wissenschaftliche Medizin von der hervorragendsten Bedeutung werden sollte.

Die Organe der gesetzlichen Unfallversicherung bedurften zur Feststellung der Unfallentschädigungen ärztlich sachverständigen Rates, wodurch die Ärzte mit einem Schlag vor eine ihnen ganz neue und ungewohnte Aufgabe gestellt waren: nämlich die Unfallfolgen auf ihren wirtschaftlichen Wert zu prüfen und den Berufsgenossenschaften in ihren Befundberichten und Gutachten die Grundlagen zu liefern für die endgültige Abschätzung der Unfallrenten.

Dies stieß im Anfang auf ungeahnte Schwierigkeiten, welche dadurch noch erhöht wurden, als die Berufsgenossenschaften wohl selbst im Gefühl ihrer Unsicherheit auf dem neuen Gebiet noch weiter gingen und von den Ärzten die prozentuale Abschätzung der Erwerbsunfähigkeit verlangten. Die Ärzte sollten nun auf einmal auch für jede einzelne Berufsart fachtechnische Kenntnisse haben und ein fachtechnisches Urteil genau in Prozenten ausgedrückt, abgeben.

Die Reaktion blieb nicht aus und bald gab es viele Ärzte, welche von der Begutachtung der Unfallverletzten gar nichts oder nur möglichst wenig wissen wollten.

Vor allem waren es die Unfallfolgen selbst, welche viel zu schaffen machten, denn es zeigte sich nur zu bald, daß gewisse Verletzungsfolgen bis zur Einführung der Unfallgesetze in durchaus ungenügender Weise gewürdigt worden waren, daß z. B. mit der anatomischen Zusammenheilung eines Knochenbruchs die wirtschaftliche Brauchbarkeit eines Verletzten noch lange nicht wiederhergestellt war und daß hieran Unfallfolgen wie Hautschwellungen, Muskelabmagerungen, Muskelschwielen infolge Blutergüssen und Bewegungsstörungen in den Gelenken schuldig waren. Dazu kam noch etwas Neues, nämlich die Angaben der Verletzten über die verschiedenartigsten Klagen und Beschwerden wie z. B. Schwindelgefühl, Schmerzen, Kopfdruck, Reißen u. ä. auf ihre Glaubwürdigkeit zu untersuchen. Der Mangel an Erfahrung in diesen Dingen machte sich in der unangenehmsten Weise geltend und zum Erstaunen der Laien

*) Nach einem Vortrag, gehalten auf der 23. Jahresversammlung des württembergischen ärztlichen Landesvereins zu Reutlingen am 29. Juni 1905.

wurden häufig in einem und demselben Fall von verschiedenen Ärzten Gutachten über die Erwerbsfähigkeit abgegeben, die selbst in einfachen Fällen einander diametral gegenüberstanden.

Dazu fehlte es an geeigneten Untersuchungsmethoden, womit die Unfallfolgen genau festgestellt werden konnten, und alle diese Momente zusammen führten weiterhin auf ärztlicher Seite zum Nachteil der Verletzten zu einer Simulationsschnüffelei, die heutzutage glücklicherweise so ziemlich abgetan ist.

In erster Linie war es der wissenschaftlichen Medizin vorbehalten, über alle die Einzelsymptome und geradezu neuen Krankheitsbilder, welche zur Beobachtung kamen und bis daher nicht beachtet wurden, den Schleier zu lüften: die Lehre von der Psychologie der Unfallverletzten, die Lehre von den traumatischen Neurosen wurde aufgestellt und erweitert, der ursächliche Zusammenhang vieler Krankheiten mit Unfällen wurde wissenschaftlich begründet oder zu begründen versucht, und die Chirurgie sah sich genötigt, die Lehre von der Behandlung der Verletzungen einer gründlichen Revision zu unterziehen und bei Zeiten auch Bedacht zu nehmen auf die möglichst rasche Wiederherstellung der Gebrauchsfähigkeit der verletzten Glieder. Die heutige hohe Entwicklung der medicomechanischen Heilfaktoren haben wir dieser Erkenntnis zu verdanken.

Die neugewonnenen Erfahrungen und Anschauungen haben es uns nun ermöglicht, für viele der vorgebrachten Beschwerden, welche man früher als simulierte auffaßte, eine hinreichende Erklärung abzugeben: alle die Schwierigkeiten, die sich anfangs in den Weg stellten, sind damit in hohem Maße verringert oder ganz beseitigt worden, so daß wir heute ein ziemlich genaues, streng objektives Bild von sehr vielen Unfallfolgen zu liefern imstande sind und dementsprechend eine größere Sicherheit in der Beurteilung der Unfallfolgen erlangt haben.

Die begutachtende Tätigkeit der Ärzte hat nun durch das Inkrafttreten der jüngsten Novelle zum U. V. G. noch dadurch für uns Ärzte an Bedeutung gewonnen, als fortan jeder praktizierende Arzt in die Lage versetzt werden kann, ein Gutachten abgeben zu müssen, weil vor der Rentenfeststellung der behandelnde Arzt zu hören ist. Somit liegt der Schwerpunkt der ärztlichen Mitarbeit bei der Durchführung der Unfallgesetze in der Gutachtertätigkeit. Um diese in sozialbrauchbarer Weise entfalten zu können, ist es nötig, daß die Ärzte sich bewußt werden, daß die Abgabe von Gutachten nicht mehr bloß reine Gefühlssache des Einzelnen sein darf, sondern daß bei ihr ein möglichst wissenschaftlicher Standpunkt einzunehmen ist, denn nur dadurch wird eine möglichst vollkommene Objektivität gewahrt; erst in zweiter Linie dürfen humanitäre Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

Es ist also notwenig, daß die in den letzten 20 Jahren erworbenen neuen Erfahrungen, Kenntnisse und Untersuchungsmethoden zum Gemeingut aller praktizierenden Ärzte werden; insbesondere ist es das Gebiet der inneren Medizin und der Nervenheilkunde, sowie der Chirurgie, mit deren Fortschritten der Arzt nicht auf gespanntem Fuß leben darf, aber auch in der Gynäkologie und Ohrenheilkunde muß er zum mindesten die Diagnostik in hinreichendem Maß beherrschen; denn die Grundlage für eine erfolgreiche Gutachtertätigkeit beruht einzig und allein auf **einer sehr eingehenden Untersuchung und der sofortigen Protokollierung des Befunds.**

Die Untersuchung ist nach einem bestimmten Plane vorzunehmen, im allgemeinen nach den üblichen Grundsätzen bei der Krankenuntersuchung. Im besonderen ist zu bemerken, daß die Untersuchung von Unfallverletzten sich nicht für eine stark besetzte Sprechstunde eignet, weil, wenn wir unsere Sache recht machen wollen, viel Zeit namentlich zur Aufnahme des ersten Untersuchungsbefundes erforderlich ist. Der Verkehr des Arztes mit den Unfallverletzten muß unbefangen, vertrauenerweckend und vorsichtig sein: es sollen namentlich schlimme prognostische Bemerkungen unterbleiben, es sollen aus naheliegenden Gründen keinerlei Suggestivfragen an den zu Untersuchenden gestellt werden, unter keinen Umständen sollten bestimmte Unfallrenten in Aussicht gestellt werden, denn nur zu häufig kann man die stereotype Äußerung hören, der behandelnde Arzt habe gesagt, das werde nie mehr ganz recht u. dgl. — und das sei auch so!

Für die örtlichen Unfallfolgen ist es durchaus notwendig, den Befund, wenn irgendwie möglich, in Zahlen anzugeben; grundsätzlich muß auch die gesunde Seite untersucht und gemessen werden. Diese Messungen sind nicht bloß deshalb unerläßlich, weil der untersuchende Arzt sich selbst täuschen kann über die mit dem Augenmaß abgeschätzten Zahlenwerte, sondern namentlich auch deshalb, weil diese Zahlen für die mit der Rentenfestsetzung betrauten Instanzen eine sehr wichtige Handhabe bilden, hier sprechen bekanntlich Laien in medizinischen Dingen Recht und nur durch Abgabe des Befunds in recht vielen Zahlenwerten wird es diesen ermöglicht, die ärztlichen Erfundberichte und Gutachten richtig zu verwerten. Insbesondere für die Berufungsinstanzen ist diese Art der Erstattung des Befundes von hohem Wert, weil dadurch die Nachuntersuchungen auch für andere Gutachter sehr erleichtert und nicht zum mindesten dazu beigetragen wird, daß die erhobenen Ansprüche der Verletzten in gerechter Weise nachgeprüft werden können. Auch dürfte die immer mehr zunehmende Anzahl von Berufungen dadurch erheblich eingeschränkt werden.

Das Instrumentarium zur zahlenmäßigen Feststellung des Untersuchungsbefundes ist nun ein sehr einfaches und sollte deshalb im Besitz eines jeden Gutachters sein. Wir brauchen ein Meterbandmaß, einen Winkelmesser und einen Kraftmesser, letzteren nicht nur zur Feststellung der Handkraft, sondern fast noch mehr um die Glaubwürdigkeit der Untersuchten zu prüfen. Mit den beiden ersteren werden die Längen- und Umfangsmaße der Extremitäten, die Winkelstellung der Gelenke und die Grenzen der Bewegungsmöglichkeit bestimmt.

Damit kommt man in den sehr vielen Fällen, bei welchen es sich nur um körperliche Unfallfolgen handelt, also um Folgen nach Beinbrüchen, Fingerverletzungen, Gelenk- und Muskelverletzungen, Verlust einzelner Glieder usw. zum Ziel.

Die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit ist hier einfach. sie richtet sich nach den vom Reichsversicherungsamt gegebenen Normen, cf. u. a. Haags Rentenfigur.

Umständlicher gestaltet sich die Untersuchung, wenn die Klagen des Verletzten nicht mit dem in Zahlenwerten zur Anschauung gebrachten Untersuchungsbefund in Übereinstimmung gebracht werden können. Hier hat man dann an die immer häufiger auftretenden nervös-funktionellen Unfallfolgen zu denken. Rasch orientiert man sich, wenn man den Eindruck, den der Verletzte macht, ins Auge faßt und das Verhalten des Pulses prüft; dieser ist meist stark beschleunigt und zwar nicht bloß beim Beginn der Untersuchung, sondern dauernd. Je unklarer aber sich ein Fall präsentiert, um so eingehender muß die Untersuchung ausgeführt werden. Das psychische Verhalten, die Pupillen, die Reflexe, die Sensibilität, das motorische Verhalten, das Gehör usw. sind einer methodischen Untersuchung zu unterziehen, der Zustand der Kreislauforgane ist zu ermitteln und der Urin chemisch zu untersuchen, das alles weil früher solche Verletzten sehr gern der Simulation bezichtigt wurden und eine solch eingehende Untersuchung für manche sonst unerklärliche Klage hinterher eine hinreichende Erklärung zu geben vermochte.

Nach unseren heutigen Anschauungen kommt wirkliche Simulation nicht häufig vor. Am meisten begegnen wir ihr,

wenn Krankheitszustände, die vor einem Unfall bestanden haben oder Unfallfolgen aus einem Nichtbetriebsunfall in bewußt unwahrer Weise mit einem Betriebsunfall in ursächlichen Zusammenhang gebracht werden, wie z. B. Krampfadern, Bruchschäden, Scheiden- und Gebärmuttervorfälle. Jedenfalls darf die Diagnose Simulation heute nur dann gestellt werden, wenn man sie positiv nachzuweisen imstande ist.

Anders steht es mit der Übertreibung von vorhandenen Folgen von Unfällen. Es ist übrigens menschlich nichts begreiflicher, als die Übertreibung. Wir alle wissen aus der täglichen ärztlichen Erfahrung, wie sehr bei jeder auch noch so unbedeutenden körperlichen Erkrankung stets das seelische Gebiet mitbeteiligt ist. Es sei hier nur erinnert an das Verhalten von nichtversicherten Personen, welche vielleicht schon jahrelang einen kleinen Bruchschaden oder gar eine Retroflexio uteri mit sich herumtragen, ohne davon eine Ahnung zu haben; eines schönen Tags erfahren sie nun zufällig von ihrem Arzt, daß sie mit einer derartigen Abnormität behaftet seien, daß das aber bei geeignetem Verhalten gar nichts zu sagen habe usw. Wir sind dann höchlichst erstaunt, wenn wir solche Patienten wiedersehen. Mit ihrer Seelenruhe ist es vorüber, Tag und Nacht treibt sie der Gedanke um, ein schweres, unheilbares Leiden zu haben, schweren Zeiten entgegenzugehen u. dgl. Mit einem Schlag ist aus einem harmlosen körperlichen Zustand ein unangenehmes seelisches Leiden geworden.

Es darf uns daher nicht wundernehmen, wenn beim verletzten Arbeiter außer der ersten Aufregung über einen erlittenen Unfall sich mit der Zeit eine nervöse Verstimmung einschleicht. Es sind hier Sorgen wirtschaftlicher Natur, Sorgen um die Existenz der Person und der Familie, um den Verlust der Stellung u. dgl., welche den Verletzten quälen. Je länger nun ein solcher mit der Wiederherstellung seiner Arbeitsfähigkeit zu tun hat, je länger er zu Hause sitzen muß und hier Gelegenheit hat, über seine mißliche Lage nachzubrüten, um so ausgesprochener entwickelt sich bei ihm unter dem Einfluß dieser und noch einer Reihe anderer ungünstiger, äußerer Umstände das typische Bild des Unfallverletzten mit seinem deprimierten Gesichtsausdruck, seiner gesunkenen Willensschwäche und seinem verminderten Selbstvertrauen, ein Symptombild, daß nach der ganzen Sachlage noch lange nicht in das Gebiet des Pathologischen zu verweisen ist.

Werden nun einem solchen Verletzten seine Klagen in Zweifel gezogen oder wird ihm von lieben Nachbarn seine Rente mißgönnt, so bleibt ihm bei einem Kampf ums Dasein unter abnormen Bedingungen nichts anderes übrig, als seine Leiden, die man ihm nicht glauben will, zu verschärfen, zu betonen, zu übertreiben; die Übertreibung wird bei ihm, wie sich Köppen so treffend ausdrückt, zum Verteidigungsmittel, zur Waffe, die er führt, um seine Ansprüche, die er als minderleistungsfähiger Mensch machen muß, durchzusetzen.

Daß von einer solchen Gemütsverfassung besonders bei Belasteten nur noch ein kleiner Schritt es ist hinüber zu den eigentlichen Unfallnervenkrankheiten, zu den traumatischen Neurosen, das lehrt die tägliche Erfahrung.

Die Beurteilung der einfachen Unfallnervosität, wie die der eigentlichen Neurosen, gehört heute noch zu den schwersten Aufgaben der Gutachtertätigkeit. Relativ leicht ist es, gewöhnliche Übertreibung auf das richtige Maß zurückzuführen, wenn man nur eingehend untersucht. Schwieriger wird die Sache, wenn die echten Neurosen, Neurasthenie, Hypochondrie und Hysterie vorliegen, am schwierigsten aber, wenn der Gemütszustand ein labiler ist, auf der Grenze zwischen gesund und pathologisch schwankt und deutliche, objektiv nachweisbare Unfallfolgen fehlen.

Für die Neurosen hat man in letzter Zeit als bestes Mittel zur Hebung der Willensenergie empfohlen, von Anfang an möglichst niedere Renten vorzuschlagen oder eine gewährte Rente möglichst bald wieder aufzuheben, um die Leute zur Wiederaufnahme der Arbeit gewissermaßen zu zwingen. Ich möchte mich dieser Empfehlung nicht anschließen. Es mag ja in gewissen leichten Fällen, wo der Ernährungszustand und die sonstigen Verhältnisse besonders günstig sind, ein solch rigoroses Vorgehen versuchsweise am Platz und auch von Erfolg sein, für alle Fälle eignet sich diese Empfehlung sicher nicht, denn nirgends mehr als hier muß man streng individualisieren, wobei noch der allgemeine Gesamteindruck, den der Verletzte macht, der Bericht zuverlässiger Vertrauensmänner über das Verhalten des Verletzten zu Hause, wo er sich unbeobachtet weiß, und die Auskünfte über seine Verdienstverhältnisse zu berücksichtigen sind.

Die schweren Formen mit Unterernährung und tiefem Depressionszustand, die nicht so selten sind, müssen für längere Zeit mit 100 % entschädigt werden, denn erst mit dem Gefühl, der Sorge des Kampfes um die berechtigte Rente enthoben zu sein, bessert sich bei diesen Verletzten das Allgemeinbefinden, das gesunkene Selbstvertrauen kehrt beim Verletzten allmählich wieder zur Norm zurück und schließlich schwingt er sich zur Wiederaufnahme der Arbeit auf, was vorher undenkbar war.

Bei den mittelschweren und leichten Formen genügt eine Teilrente, die je nach dem allgemeinen Eindruck und den sonstigen Verhältnissen zu bemessen ist.

Bei den unklaren Formen, wobei es uns nicht gelingen will, zu einem bestimmten Urteil über den Grad der Erwerbsunfähigkeit zu gelangen, gestehen wir dies lieber ganz offen, als uns mit gelehrten Darlegungen über die verschiedenen Möglichkeiten aus der unangenehmen Sachlage ziehen zu wollen, zumal da die Berufsgenossenschaften mit diesen Möglichkeiten rein nichts anzufangen vermögen.

Am häufigsten zweifelhaft ist aber die Sachlage, wenn es sich darum handelt, ob ein inneres Leiden mit einem Unfall in Zusammenhang gebracht werden darf. Gibt es doch heute kaum noch eine Krankheit, die nicht schon auf traumatischen Ursprung zurückgeführt worden wäre. Die Schwierigkeit der Beurteilung liegt darin, daß Ansprüche wegen innerer Leiden oft erst viele Monate nach dem Unfall erhoben werden, somit die Kontinuität zwischen Unfall und Entwicklung der Krankheit sehr schwer nachweisbar ist. Dazu kommt noch, daß häufig die wissenschaftliche Medizin noch gar nicht in der Lage ist, auf die Frage über die Bedeutung des Traumas für die Entwicklung einer Krankheit eine bestimmte Antwort zu geben.

Aus diesem Grunde ist es ratsam, dann gleichfalls ein non liquet auszusprechen und die endgültige Entscheidung unter Darlegung des Sachverhalts den Organen der Unfallversicherung zu überlassen. Auch ist zu betonen, daß wir bei der Begutachtung des Zusammenhanges einer Krankheit mit einem Unfall uns stets sehr vorsichtig äußern müssen; es ist verfehlt, um jeden Preis ein Ja oder ein Nein bestimmt aussprechen zu wollen, wenn die wissenschaftliche Begründung unmöglich oder noch nicht spruchreif ist. In solchen zweifelhaften Fällen genügt es, das Urteil so zu formulieren, daß die Annahme der traumatischen Entwicklung einer fraglichen Krankheit mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit gerechtfertigt ist oder nicht.

Günstiger liegen die Umstände, wenn zu begutachten ist, ob und in welcher Weise ein schon vor dem Unfall bestehendes Leiden durch letzteren beeinflußt worden ist. Zunächst werden wir uns hier mit Hilfe der Anamnese Auskünfte verschaffen über das frühere Allgemeinbefinden und die frühere Arbeitsbetätigung solcher Versicherten. Das ist leicht bei industriellen Arbeitern, weil hier die Krankenkassen Auskunft geben können, weniger leicht bei der ländlichen Bevölkerung, weil hier nicht alle Unfallversicherten auch gegen Krankheit versichert sind.

Dann müssen wir durch eine genaue Untersuchung darauf bedacht sein, daß nicht ältere krankhafte Veränderungen, welche mit dem Unfall nichts zu tun haben, aber mit ihm in Zusammenhang gebracht werden wollen, von uns als entschädigungspflichtig bezeichnet werden. Anderseits ist hier auf einige Zustände hinzuweisen, deren Beziehungen zu den Unfällen wir erst mit der fortschreitenden Erfahrung recht kennen und würdigen gelernt haben und worauf besonders Ledderhose aufmerksam gemacht hat: es sind das chronische Krankheitszustände bei meist älteren Leuten, welche bis zum Unfall infolge Anpassung des Organismus in ihrem gewohnten Beruf weiter arbeiten konnten ohne wesentliche Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit. Hierher gehören außer den von Haus aus Nervösen, lungen-, herz- und gefäßkranke Personen, sowie alle älteren Leute mit Altersversteifungen der Gelenke; also Fälle von kompensiertem Herzfehler, von Arteriosklerose, von chronischer kompensierter Lungentuberkulose, chronischer kompensierter Bronchitis mit und ohne Emphysem, von chronisch-arthritischen Prozessen an den Gelenken, insbesondere den Wirbel-, Schulter- und Hüftgelenken. Hier genügt oft ein an sich unbedeutender Unfall mit längerem Krankenlager und längerer Arbeitsunfähigkeit, um den bisherigen Gleichgewichtszustand aufzuheben und schwere Folgen zu hinterlassen; daran ist dann der Unfall schuldig, und der Verletzte hat ein Recht auf Rente erworben.

Haben wir uns also pflichtmäßig bemüht, einen möglichst genauen objektiven Befund zu erheben, so wird es uns in den meisten Fällen nicht mehr allzu schwer fallen, dem Verletzten diejenige Stelle in der Invaliditätsskala zwischen 0% und 100% zuzuweisen, an die er gehört. Ist dies geschehen, so sind wir nunmehr auch berechtigt, unserem subjektiven ärztlichen und menschlichen Gefühl entsprechenden Ausdruck zu geben; zu berücksichtigen sind vor allem die äußeren Verhältnisse, unter denen der Verletzte lebt: also die sonstigen Gesundheitsverhältnisse, dann Familien-, Wohnungsverhältnisse, Alter, Jahreszeit, Berufsart, Arbeitsgelegenheit usw. Je nachdem werden wir uns dann entschließen, einen etwas höheren oder etwas niedrigeren Invaliditätsgrad anzunehmen. Bei ungünstigen äußeren Verhältnissen ist es sehr wohl angezeigt, einem Verletzten eine höhere Rente zuzubilligen oder ihn im längeren Genuß seiner Rente zu belassen, als dies streng genommen nach dem objektiven Befund nötig wäre.

Wie bekannt, sind es nicht nur die Versicherungsanstalten, sondern auch die Berufsgenossenschaften und Schiedsgerichte bis hinauf zum Reichsversicherungsamt, welche sich schon oft über ungenügende und unbrauchbare ärztliche Gutachten beschwert haben. Diese Klagen erstrecken sich auf den Mangel an Vorbildung und Kenntnissen der Ärzte in Unfallsachen, auf oberflächliche und fahrlässige Abgabe von Gutachten (Gefälligkeitsgutachterei!) und auf die mangelhafte formale Schulung der Ärzte in der Sachverständigentätigkeit. Diese Klagen sind zum Teil berechtigt, zum Teil aber auch entschuldbar, weil es im großen und ganzen nicht nur den Ärzten, sondern auch noch den Studenten an hinreichender Gelegenheit fehlt, sich die nötigen Kenntnisse zu erwerben. Es gibt heute noch viele junge in die Praxis tretende Ärzte, welche hier zum ersten Mal in ihrem Leben dazu kommen, ein Gutachten ausfertigen zu müssen. Daß da dann aus Mangel an Vorbildung, Übung und Erfahrung Fehler häufig und unvermeidlich sind, das ist begreiflich.

Anders steht es in bezug auf die Klage, daß es Ärzte gäbe, junge und alte, welche durchaus für die von ihnen Untersuchten eine Rente herausschlagen möchten und in skrupelloser Weise ohne weitere Berücksichtigung des Tatbestandes ein diesbezügliches Gutachten abgeben. Es mag ja sein, daß ärztlich wirtschaftliche Sorgen hier eine gewisse Rolle spielen, denn das Vorkommnis ist nicht selten, daß ein sich benachteiligt fühlender, unzufriedener Rentenanwärter hinterher seinen Arzt in unqualifizierbarer Weise angreift und ihn mit allen Mitteln zu schädigen sucht. Trotzdem ist es nicht angängig, daß der Arzt hier in unnötiger Weise den Wohltäter spielt, er hat stets zu bedenken, daß er dadurch in unheilvoller Weise die im Publikum schlummernde Rentengier weckt und großzieht und daß er die einmal gerufenen Geister nicht mehr so leicht wieder los wird. Im Standesinteresse ist es somit dringend empfehlenswert, daß hier mehr Objektivität gewahrt wird; ein richtiger Verkehr mit dem Verletzten, eine ruhige offene Aussprache bei negativem Befundsergebnis vermag hier übrigens oft die Leute zur Einsicht bzw. zur Zurücknahme ihrer vergeblichen Rentenansprüche zu bewegen. Was ferner die formale Seite der Gutachtertätigkeit betrifft, so dürften die Klagen hierüber wohl am meisten berechtigt, die gerügten Mißstände aber auch am ehesten sich beseitigen lassen: sie betreffen die Handschrift, die Fremdwörter, die verzögerte Abgabe der Gutachten, den Mangel an Übersichtlichkeit in den Gutachten, die ungenaue Beantwortung bestimmt gestellter Fragen u. ä.

Die einfache und bescheidene Forderung, daß deutlich und in deutscher Sprache geschrieben wird, ist eigentlich so selbstverständlich, daß man sollte hieran nicht besonders erinnern müssen. Die beständigen Klagen aber und die stummen Bitten auf den Gutachtenformularen erweisen es nur zu klar, daß hierin noch viel gesündigt wird. Was sollen denn die Berufsgenossenschaften mit unleserlich geschriebenen, eine Menge fachtechnischer Fremdwörter enthaltenden Gutachten anfangen? Solche Gutachten sind einfach unbrauchbar und geben nur Anlaß zu unliebsamen Verzögerungen, Mißverständnissen, Schreibereien und Reibereien. In bezug auf die Fremdwörter ist es geradezu Pflicht des Arztes, sich in den sozialmedizinischen Gutachten genau so der Muttersprache zu bedienen, wie in den gerichtlich-medizinischen, indem doch stets zu bedenken ist, daß alle diese Gutachten in erster Linie für Nichtmediziner bestimmt sind. Man versetze sich einmal in die Lage eines solchen z. B. eines berufsgenossenschaftlichen Beamten, dem die Aufgabe zufällt, solche Fremdwörtergutachten zu studieren und daraus seine Schlüsse zu ziehen in bezug auf die tatsächliche Erwerbsunfähigkeit eines Untersuchten, so wird man sofort zur Überzeugung kommen, daß mit solchen gelehrten Ausdrücken weder dem Verletzten noch den Berufsgenossenschaften geholfen ist, also dem Zweck des Gesetzes keineswegs entsprochen wird. Einige Beispiele:

„Die Gegend des l. Handgelenks war derart verändert, daß der Prozessus stiloideus ulnae stärker vorsprang als auf der gesunden Seite. Die Hand war in der Gegend des Handgelenks radialwärts verschoben und die Gegend des Prozessus stiloideus erscheint verbreitert. Hieraus ging hervor, daß das periphere Bruchstück radialwärts verschoben war. An der Beugeseite fand sich ein abnormer Vorsprung und an der Dorsalseite ein leicht einspringender Winkel, ferner war Krepitation vorhanden (Typischer Radiusbruch). Reposition und Verband mit Radiusschiene. Das Ulnarköpfchen trat stark zur Seite, die Hand ist radialwärts verschoben, während die Finger mehr ulnarwärts abgehen. Dicht am Handgelenk dorsalwärts sieht man eine konvexe Hervorwölbung und dahinter eine Konkavität. Im unteren Radio-Ulnargelenk eine Subluxationsstellung; die Muskulatur des Unterarms ist atrophisch."

„Es besteht eine Beschränkung der Beweglichkeit im zweiten Phalangealgelenk, der r. Zeigefinger befindet sich in Hyperextensionsstellung. Die ganze Hohlhand wurde gequetscht, was eine Enukleation des Kleinfingers im Wurzelgelenk nötig machte."

„ . . . statt kallöser Verwachsung am Olekranon ist fibröse Verwachsung mit Diastase der Knochenfragmente eingetreten.“

„ . . . an der Beugeseite der ersten Phalange ist eine Wundöffnung, welche entstanden ist durch Entfernung des durch Sepsis nekrotisch gewordenen Knochenteils und z. Z. gesunde Granulationen aufweist . . . .“

„ . . . die Hiebwunde, an der Radialfläche des Daumenballens beginnend, durchsetzte die Faszien. Der Knochen zeigt an seiner Frakturationsstelle eine erhebliche Verdickung, hat sich aber fest und gerade konsolidiert, der Daumen verharrt in leichter Flexions- und Adduktionsstellung . . .“

In betreff der übersichtlichen Anordnung des Stoffs sollte streng geschieden werden zwischen Beschwerden, die der Verletzte vorbringt, objektivem Befund und dem Gutachten im engeren Sinn. Durch Beachtung derartiger, manchem als nebensächlich erscheinenden Dinge gewinnt das Gutachten in jeder Hinsicht an Brauchbarkeit. Den Berufsgenossenschaften wird ihre Aufgabe wesentlich erleichtert, und die Verletzten kommen viel rascher und eher zu einem Bescheid, was nicht zu unterschätzen ist.

Daß umgekehrt auch die Ärzte über die Organe der Unfallversicherung zu klagen haben, darf nicht übergangen werden. Ein alter Wunsch ist der, daß sofort nach der Anmeldung eines Unfalls ein ärztlicher Bericht vom behandelnden Arzt einverlangt werden sollte. Da gibt es nun Berufsgenossenschaften, welche offenbar in falsch angebrachter Sparsamkeit die Gepflogenheit haben, sich solche Berichte auf dem Umweg über die Ortsbehörden für Arbeiterversicherung, über die Krankenkassen oder Krankenhausverwaltungen zu verschaffen. Viele Berufsgenossenschaften warten ruhig die 13. Woche ab, bis die Entschädigungspflicht an sie herantritt. Es würde sicherlich viel zur Erleichterung für alle Beteiligten und zur Vereinfachung und Verbilligung so manchen Verfahrens beitragen, wenn solche ärztlichen Berichte regelmäßig und rechtzeitig von allen Berufsgenossenschaften verlangt würden. Diese Berichte, welche sich nicht bloß über die eigentlichen Verletzungen, sondern auch über die sonstige Körperbeschaffenheit und eventuell schon bestehende Krankheiten oder Krankheitsanlagen auszusprechen haben, sind ungemein wichtig, wenn später erhobene Ansprüche (z. B. wegen Entwicklung eines inneren Leidens) in gerechter Weise geprüft werden sollen, was ohne sie oftmals geradezu unmöglich ist.

Dann gibt es Berufsgenossenschaften, die ohne jegliche Mitteilung an den begutachtenden Arzt die Honorare kürzen und bei Reklamationen kurzer Hand mit der Entziehung der Begutachtungen drohen. Wie seitens der Berufsgenossenschaften von den Ärzten eine größere Sachkenntnis in Unfalldingen verlangt wird, so können auch wir Ärzte von den Geschäftsführern und Vorständen der Berufsgenossenschaften mit gleichem Recht erwarten, daß sie die Qualität der Gutachten auch nach dieser Seite hin richtig bewerten lernen. Denn wer die Gutachten in rein schematischer Weise alle über einen Kamm scheeren und vergüten will, der beweist damit zum mindesten auch seinen Mangel an Vorbildung und Kenntnissen in Unfallsachen. Falsch und durchaus nicht dem humanen Geist der sozialen Gesetzgebung entsprechend ist es, wenn im Interesse der Sparsamkeit möglichst kurze d. h. möglichst billige Gutachten verlangt werden. Denn dadurch muß die Rechtsprechung notleiden und einer gerechten Rechtsprechung können, wie dies schon mehrfach betont wurde, nur eine eingehende gewissenhafte Untersuchung und eine zweckmäßige Zusammenstellung des Untersuchungsbefundes die einzig brauchbaren Unterlagen liefern.

Aus allen diesen Darlegungen über die mannigfachen Beziehungen zwischen Arzt und Unfallgesetz ergibt sich nun, daß nicht allein die Ärzte, sondern alle mit der Vollziehung des Gesetzes Betrauten, also auch die Beamten, die Gewerbetreibenden und die Landwirte von Haus aus eine gründlichere Vorbildung und Schulung in der Praxis der Arbeiterfürsorgegesetze nötig haben. Darum gehört der Unterricht schon auf die Hochschulen. Der Mediziner kann die praktische Unfallheilkunde, d. h. nicht allein die Behandlung, sondern auch die Untersuchung und Begutachtung der Unfallverletzten so wenig aus Büchern lernen, wie z. B. die praktische Psychiatrie, und der angehende Verwaltungsbeamte, Landwirt und Industrielle wird bei seiner späteren Tätigkeit auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung den verschiedenen Fragen und Personen ein anderes Verständnis, als es heute noch der Fall ist, entgegenbringen, wenn er früher Gelegenheit gehabt hat, auf irgend einer Hochschule (Universität, technische, tierärztliche, landwirtschaftliche, Volks-, Hochschule) Vorlesungen und Kurse in den einschlägigen Fächern zu hören.

Über das Verhalten des Bahnarztes den Unfall-Verletzten gegenüber.*)

Von

Geh. S.-R. **Isermeyer**-Osnabrück.

Wohl jedem Arzte, der mit der Begutachtung und Abschätzung der Folgezustände von Unfall-Verletzungen zu tun hat, sind gewiß Momente gekommen, in denen ihm Zweifel an dem Segen der modernen sozialen Gesetzgebung aufgestiegen sind. Wie wir ältere Ärzte früher von den Erkrankungen an Krebs als von einer crux medicorum sprachen, so haben wir alle jetzt unter den Unfall-Krankheiten zu leiden, wie solche sich als ein novum im Laufe der letzten zwei Jahrzehnte herausgebildet und entwickelt haben, mögen wir mit deren ärztlicher Behandlung oder als ärztliche Sachverständige mit der Begutachtung von deren Folgezuständen betraut sein.

Mit der Beurteilung der äußern Verletzungen und ihrer Folgen, soweit sie unsern Sinnen zugängig sind, können wir wohl noch eben so gut fertig werden wie früher; in schwierigeren Fällen stehen uns ja noch moderne Hilfsmittel, wie Durchleuchtung u. a. zur Verfügung. Aber auch hier denke ich an die Frage eines älteren lieben Kollegen, der gleich mir seine ärztliche Laufbahn als Assistent der chirurgischen Klinik in Göttingen begonnen hat: Kollege, können Sie noch einen gewöhnlichen Armbruch zur Zufriedenheit des Verletzten heilen? Meine Antwort lautete: Ja, wenn es sich um einen Privat-Patienten handelt, aber nicht bei einem Unfall-Verletzten. — Wie aber steht es erst, frage ich Sie, mit den unserer Sachverständigen-Beurteilung unterliegenden, so viel schwierigeren Fällen der sogenannten Unfall-Neurose, die richtiger wohl geradezu als Unfall-Hysterie zu bezeichnen ist? Längst ist es ja allgemein bekannt, daß in der überwiegenden Mehrzahl dieser Neurose-Fälle alle objektiven Symptome, wie sie uns die Untersuchung des Gesichtsfeldes mit Berücksichtigung aller Kautelen, die Untersuchung auf alle Stigmate, auf die vasomotorischen Symptomen-Komplexe usw. liefert, fehlen, und daß wir Ärzte da in unserer Abschätzung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit allein auf unser persönliches Gefühl angewiesen sind, wie Dr. Nonne-Hamburg in der Sachverständigen-Zeitung 1905, Nr. 9, so treffend des weiteren ausführt.

Trifft dies schon bei den auf Grund des Unfallfürsorgegesetzes versicherten Arbeitern zu, so gestaltet sich die Sache noch weit schwieriger für uns Bahnärzte, wenn wir mit Beamten zu tun haben, denen die Wohltaten des Gesetzes über Fürsorge für Beamte bei Betriebsunfällen zustehen. Hier handelt es sich nicht um einfache Abschätzung des dem Ver-

*) Vortrag bei der V. Jahresversammlung des Bahnärzte-Vereins Münster.

letzten noch verbliebenen Restes von roher Arbeitskraft, sondern um die schwierige Frage: Ist der Verletzte überhaupt noch körperlich und geistig fähig, die ihm obliegenden Dienstpflichten in seinem bisherigen Amte oder in einer andern, seiner bisherigen an Rang und Einkommen gleichen Stellung zu erfüllen?

Bei der Entscheidung solcher schwierigen Fragen wird jedem von uns, der als letzter Gutachter sich viel mit dem Durchlesen von Unfallarten zu beschäftigen hat, ersichtlich, wie viel gerade auf die erste Behandlung aller von vornherein nicht klar und offen liegender Verletzungen ankommt. Je ernster der zuerst zur Hilfe gerufene Arzt nicht etwa die Verletzung ansieht und behandelt, sondern seine Auffassung dem Verletzten gegenüber, wenn auch unabsichtlich, äußert, desto schwieriger ist es um die Aussicht auf Heilung bestellt. Ich halte es auch bei schwereren Verletzungen für die strengste Pflicht des Arztes, dem Kranken und seiner Umgebung nicht von vornherein jede Hoffnung auf Wiederherstellung zur Arbeits- oder Dienstfähigkeit zu rauben, sondern tröstend zu sagen, die Sache könne noch ein gutes Ende nehmen, es gehöre nur viel Geduld und Mut dazu, die Schmerzen zu ertragen usw. Gerade das psychische Moment ist hier besonders zu berücksichtigen, ebenso wie bei allen Verletzungen, welche das zentrale Nervensystem in Mitleidenschaft gezogen haben, auf langdauernde absolute Bettruhe zu halten ist. Wo solche nicht mehr nötig ist, empfehle ich dringend eine längere Beurlaubung des Kranken, womöglich in eine Umgebung, in der ihn nichts an den erlittenen Unfall erinnert.

Die größte Schwierigkeit kommt für uns aber dann, wenn es sich darum handelt, den Verletzten wieder an Tätigkeit, an Arbeit oder Wiederaufnahme des Dienstes zu gewöhnen. Dies kann gar nicht früh genug von seiten des behandelnden Arztes ins Auge gefaßt werden. Wir dürfen nicht müde werden, den Verletzten immer und immer wieder vorzustellen, daß nur die Wiederaufnahme der Arbeit, die allmähliche Gewöhnung an Tätigkeit sie vor einem unglücklichen Leben bewahren könne. — Hierüber sind wir Ärzte wohl alle einig. Die besondern Schwierigkeiten liegen aber in der Eigenart des Eisenbahnbetriebes, der volle, ganze Kraft jedes einzelnen erfordert. Glauben wir Ärzte mit gutem Gewissen sagen zu können, daß der Unfallverletzte wieder den Versuch, seine frühere Tätigkeit aufzunehmen, ohne Schaden für seine Gesundheit machen könne, so scheitert dieser oft nicht allein an dem mangelnden guten Willen des Verletzten, der ja fast immer sehr viel zu wünschen übrig läßt, sondern vielfach an den Widerstand der nächsten Vorgesetzten des Verletzten, Bahnmeister, Werkführer, Stationsbeamten, die keine halben oder Dreiviertel-Kräfte gebrauchen können, weil ihnen nur eine bestimmte Zahl voller Arbeitskräfte zur Bewältigung der Arbeit zugewiesen ist. Hier kann nur die Zusprache und Bitte des Bahnarztes an diese nächsten Vorgesetzten, nicht an die höheren Instanzen, helfen, im Interesse der Verwaltung es doch einmal eine Zeitlang mit dem Rekonvaleszenten zu versuchen. Meistens, wenn auch nicht immer, gelingt es ja auch, diesen nach mehr oder minder langer Schonungszeit wieder an regelmäßige Arbeit zu gewöhnen — und dann ist dem Unfallverletzten und uns allen geholfen. In hohem Grade unterstützt werden könnte unser Bestreben, auf solche Weise den Verletzten wieder an Tätigkeit zu gewöhnen, durch eine generelle Verfügung, wie solche vom Ministerium in betreff vorläufiger Schonung der aus den Lungenheilanstalten Entlassenen ergangen ist.

Von größter Wichtigkeit ist es auch, die verletzten Arbeiter gleich bei der ersten Bemessung der Unfallrente ausdrücklich darauf hinzuweisen, daß diese nur für einen kürzeren oder längeren Zeitraum zutreffend, daß eine Zunahme der Arbeitskraft nicht nur wahrscheinlich sei, sondern in sicherer Aussicht stehe, dann aber auch eine Herabsetzung der Unfallrente erfolgen müsse. Wir beugen damit jedenfalls in etwas der Unzufriedenheit vor, die sich wohl bei jedem Unfallverletzten im Falle der gebotenen Herabsetzung der Rente einstellt.

Die Schuld hierin liegt, wie Dr. Nonne a. a. O. ausführt, in dem in reinster Absicht geschaffenen Unfallversicherungsgesetz selbst, das zu Konsequenzen geführt hat, die die Urheber des Gesetzes nicht ahnten und nicht ahnen konnten. Der springende Punkt ist, daß beim Erlaß des Gesetzes nicht genug gerechnet wurde mit der Schwäche der menschlichen Natur, die durch Wohlwollen nur zu leicht verwöhnt wird, und daß andererseits unterschätzt wurde die zündende Kraft des Gedankens des Rechts auf Rente (oder bei den Beamten auf Pensionierung mit zwei Dritteln ihres bisherigen Diensteinkommens) und die Unerträglichkeit des Gedankens, eine einmal bezogene Rente wieder aufzugeben.

Wie schädlich bei diesem „Kampf um die Rente“ Institute wie Volksbureaus, der längere Aufenthalt in sogenannten Unfallstationen und Krankenhäusern usw. einwirken können, wissen wir ja alle zur Genüge.

Aber, meine Herren Kollegen, lassen wir uns durch alle Schwierigkeiten nicht abhalten, trotz alledem und alledem unsre Schuldigkeit zu tun, keinem zum Leid und keinem zur Freud, mögen auch für uns durch unsre Sachverständigentätigkeit materielle Nachteile erwachsen, wenn wir die Gunst in den Kreisen der Verletzten verlieren. — Bewahren wir uns ein reines Gewissen! Das, nicht äußere Anerkennung, von welcher Seite es auch sei, ist unser bester Lohn!

Referate.

Allgemeines.

Obduktionsbefunde bei Erhängten.

Von Physikus Dr. Lochte, Hamburg.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. 1905. Heft 2, S. 257.)

Das Ergebnis der Beobachtungen von 80 Fällen von gewaltsamem Tode durch Erhängen, von denen 78 männliche, 2 weibliche Personen betrafen, ist in Kürze folgendes:

Die Einteilung der Strangfurchen in typische und atypische ist für die Erklärung des anatomischen Befundes ohne Belang. Von wesentlicher Bedeutung ist der Grad der Kompression des Halses.

Um hierüber zu einem Urteil zu gelangen, ist es notwendig, vor allem die Lage, in der die Leiche gefunden wurde, das Strangulationswerkzeug, die Strangnarbe zu berücksichtigen. Der Grad der Lungenhyperämie ist durch den Grad der Kompression des Halses mit bedingt.

Cyanose und mehr oder weniger ausgesprochenes Lungenödem sind nur bei unvollständiger Kompression des Halses zu erwarten; bei vollständiger Kompression zurückgesunkene und wahrscheinlich eher blutarme als blutreiche Lungen. Ein unvollständiger Abschluß der Luftwege gehört nicht zu den Seltenheiten, er ist mit Wahrscheinlichkeit in allen Fällen von Lungenödem und sicher in den Fällen anzunehmen, in denen Mageninhalt aspiriert wurde. Sowohl im Gehirn wie in den Lungen wie auf der Schleimhaut des Magendarmkanals kann es während des Erhängens zu größeren Blutungen kommen; die Bedingungen sind in Blutstauungen und krankhafter Veränderung der Gefäßwände gegeben. J. Meyer, Lübeck.

Innere Verletzungen.

Von Dr. med. H. Hoffmann, Berlin.
(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin 1905. Bd. 29, Heft 2, S. 338.)

Verf. beschreibt 14 Fälle von tödlichen Verletzungen, die sich dadurch charakterisieren, daß ihre inneren Zerstörungen

als kolossale bezeichnet werden müssen, wie sie sich nach dem äußeren Befund nicht im entferntesten ahnen ließen und die zu diesen in gar keinem Verhältnis standen.

Die sämtlichen Verletzungen sind naturgemäß hervorgerufen durch Einwirkung schwerer äußerer Gewalt, in der Mehrzahl war das Überfahrenwerden die Ursache.

Von den inneren Organen waren verletzt die Leber 7 mal, Lunge 5 mal, Darm einschließlich Gekröse 4 mal, Niere einschließlich Nebenniere 3 mal, Zwerchfell 3 mal, Milz 2 mal, Herzbeutel 2 mal, Herz 2 mal, Harnblase 1 mal, Thymus 1 mal, Aorta 1 mal und Rückenmark 1 mal.

Wenn man nur nach dem äußeren Befunde urteilen müßte, wären viele dieser Verletzungen der Erkenntnis entgangen. Nicht immer sind die Verletzungen so gewaltig, daß sie ohne weiteres zum Tode führen und da mögen oft begutachtende Ärzte im Dunkeln tappen und geneigt sein, Klagen der Verletzten, für die kein sichtbarer Grund vorhanden scheint, als übertrieben anzusehen. Hier zeigen nun die 14 Obduktionen, welche kollossale Verletzungen vorhanden sein können, bei fast vollkommen intakter Körperoberfläche. Aus diesen Erwägungen heraus sind die mitgeteilten Obduktionsbefunde nicht nur für den Gerichtsarzt, sondern auch für den praktizierenden Arzt von hohem Interesse. J. Meyer, Lübeck.

Mort réelle et mort apparente.

Un nouveau procédé de constater par injection sous-coutanée que la mort est certaine von Icard.

(Journ. méd. de Bruxelles, 1905, Nr. 8.)

Das Aufhören des Blutkreislaufes ist der Tod. Mit dem Kreislauf hört die Resorption auf. Beim Scheintode besteht beides noch. Der Nachweis des Aufhörens der Resorption muß also als ein absolut sicheres Zeichen des Todes angesehen werden. Verf. kommt nach zahlreichen Tierversuchen zu folgendem Verfahren. Er injiziert subcutan 8 cbcm einer Lösung von Fluorescin, Natr. carb. aa 1, Aqu. dest ad. 8. Besteht noch Leben, so färben sich Haut und Schleimhäute in 3 bis 20 Minuten (je nach dem Grade der Vitalität) gelbgrünlich; die Augenbindehäute smaragdgrün. Bleibt die Färbung aus, so ist der Tod sicher. In jedem Falle ist die Injektion unschädlich. Eine Angabe, in welcher Zeit die Färbung beim Lebenden wieder verschwindet, fehlt.

Ich glaube nicht, daß das Verfahren Anklang finden wird, und zwar der Farbe wegen. Scheintod bedingt tiefes Darniederliegen der Lebensenergie und geht nicht selten in wirklichen Tod über. Erfolgt dies nach eingetretener Resorption des Fluoreszins, so kann die gelbgrüne Färbung der Leiche die Feststellung des wichtigstens Todeszeichens — der Zersetzung — nur erschweren. Ktg.

Luftleere von Lunge und Darm bei der Leiche eines Neugeborenen, welcher deutliche Atembewegung und Herzaktion gezeigt hat.

Von Kr.-Arzt Dr. Wengler in Alsfeld.

(Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1905, Nr. 13.)

Verfasser stellte Bestimmungen des spezifischen Gewichtes der Leichen Neugeborener an, in der Hoffnung, Grenzwerte zu finden, welche den Schluß erlauben, ob das Kind geatmet hat oder nicht. Luft in Lunge und Darm muß ohne Erhöhung des absoluten Gewichtes das Volumen der Kindesleiche vermehren, also das spezifische Gewicht vermindern. Aus zahlreichen Wägungen vermutete Verf., daß bei einem spezifischen Gewicht gegen 1,05 Luftleere von Lunge und Darm zu erwarten sei. In dem vorliegend beschriebenen Falle fand er 1,058, erfuhr aber dann in ganz einwandfreier Weise, daß das Kind vor dem Tode eine halbe Stunde geatmet habe. Atemzüge und Herzaktion waren notiert. Bei der Sektion wurde indessen Darm und Lunge vollständig luftleer gefunden. Verf. hebt mit Recht hervor, daß dieser Fall forensisch von Bedeutung ist, da er Zeugenaussagen glaubwürdig erscheinen lassen kann, welche Atembewegungen bei einem Neugeborenen bekunden, wenn auch die Obduktion eine luftleere Lunge und einen luftleeren Darm erwiesen hat. — Die Bestimmung des spezifischen Gewichtes kann als eine Unterstützung der Methoden gelten, welche die Feststellung des Luftgehaltes von Lunge und Darm zum Gegenstande haben. Ktg.

Chirurgie.

Ein Fall von traumatischer Lungenhernie ohne äußere Verletzung.

Von Dr. Cahen aus der orthopädischen Heilanstalt der DDr. Cahen und Fulda in Mannheim.

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 1.)

Wegen Schwerbeweglichkeit des rechten Schultergelenks war ein 40jähriger Patient in Behandlung des Verfassers. Er hatte die Verletzung dadurch erlitten, daß ihm eine Kiste gegen die rechte Schulter gefallen war und sein Brustkorb gegen eine Wand gedrückt worden war. Erst kurz vor seiner Entlassung aus der Anstalt des Verfassers gab Patient an, daß sich beim Bücken am rechten Sternoclavicularwinkel eine Geschwulst vorwölbe. Dieselbe konnte auch beim Pressen langsam zum Entstehen gebracht werden; sie lagerte sich in Hühnereigröße in die erwähnte Gegend, war weich-elastisch, wies Lungenschall und Bläschenatmen auf und gab, als sie einmal, da sie spontan nicht zurückging, reponiert werden mußte, auskultatorisch ein feinblasiges Knistergeräusch. Eine Rippenfraktur bestand nicht, es mußte also, da Bestehen der Hernie vor der Verletzung mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, eine Zerreißung der Zwischenrippenmuskulatur stattgefunden haben. Die Hernie verursachte, eingeklemmt, nur geringe, sonst keine Atembeschwerden. Sie wurde als Unfallfolge anerkannt und eine Rente von 40% empfohlen. Nach acht Monaten noch keine Besserung, die Operation wurde abgelehnt. Seelhorst.

Zur Behandlung der Herzverletzungen.

Von Dr. A. Neumann, Direktor d. chir. Abt. d. städt. Krankenhauses Friedrichshain zu Berlin. (Nach einem Vortrage in der Berl. med. Gesellschaft.)

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 643.)

N. vervollständigt die Mitteilung Borchardts über eine neue Art von Herznaht, die ersterer 1898 versucht hat. Bei einer Stichverletzung des myokarditisch entarteten rechten Ventrikels rissen die auf gewöhnliche Art angelegten Nähte in dem morschen Muskelgewebe. B. nähte deshalb durch Herzbeutel und Herzwand und knüpfte die Nähte außerhalb des Herzbeutels über einem auf die Wunde gelegten Tupfer. Pat. lebte noch $^3/_4$ Stunden. Die Methode bleibt beachtenswert. — Ferner stellte N. einen Mann vor, bei dem er 1893 den durch einen Messerstich breit eröffneten Herzbeutel zwölf Tage lang mit einem Jodoformmullstreifen drainiert hatte, der um das Herz herumgelegt war. Indikation hatte die Ungewißheit über die Herkunft der Blutung, und die Möglichkeit der Wiederholung gegeben. Der Verlauf war in fünf Wochen günstig. Doch behielt Pat. vier Jahre lang Beschwerden, die wohl aus einer Verwachsung der Blätter des Perikards resultierten: Anfälle von Beklommenheit und Schwindel; auch traten viermal Anfälle mit klonisch-tonischen Zuckungen der linken Körperseite auf, welche als hystero-epileptische im Zusammenhange mit der Ver-

letzung angesehen wurden. Diese Beschwerden verloren sich seit acht Jahren; haben außerdem den Mann niemals verhindert, die schwerste Arbeit als Hausdiener, dann auf einer Gasanstalt zu verrichten.

[Hierin liegt die besondere Bedeutung des Falles für die Sachverständigenbeurteilung. Er reiht sich den von Nonne in Nr. 9 publizierten an. Ich glaube bestimmt, daß der Mann seine nervösen Beschwerden niemals verloren hätte und noch heute eine hohe Rente beziehen würde, wenn seine schwere Verwundung durch einen versicherungspflichtigen Unfall verursacht gewesen wäre.] Ktg.

Verletzung des Herzens durch einen Wurfspeer.

Von Mc. Ardle.

(Journ. of the Royal Army med. Corps. Aug. 1904. [Militärarzt 1905, Nr. 11 u. 12.])

In das Lazarett zu Kassala wurde ein Sudanese gebracht, in dessen Brust die Spitze eines Wurfspießes steckte. Die Waffe war im linken 7. J. C. R. zwischen Brustwarze und Sternalrand eingedrungen. Als man nach erfolgter Rippenresektion die Waffe herausziehen wollte, entdeckte man an ihr sechs Widerhaken, von denen die zwei obersten den linken Ventrikel angespießt hatten. Vorsichtige Ausschneidung und Muskelnaht. Heilung nach mehreren Monaten; nach Überwindung einer linksseitigen exsudativen Pleuritis. Ktg.

Über einen Fall von disseminierter Fettnekrose infolge Schußverletzung des Pankreas.

Von Dr. R. Kindt aus dem pathologisch-anatomischen Institut des Friedrichstädtischen Krankenhauses zu Dresden (Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. Schmorl).

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 10.)

Ausgebreitete Fettgewebsnekrose beobachtete Verfasser an einem Fall, in welchem durch Revolverschuß der Magen durchbohrt und das Pankreas durchlöchert war. $9^1/_2$ Stunden nach der Verletzung konnte bei der wegen Zunahme peritonitischer Erscheinungen gemachten Operation, bei welcher die Wunden an Vorder- und Hinterwand des Magens genäht wurden, von Fettgewebsnekrose noch nichts entdeckt werden, die Pankreaswunde wurde durch Tamponade gedeckt. Neun Stunden nach der Operation erfolgte der Tod unter den Erscheinungen, welche bei allen mit Fettgewebsnekrose eingegangenen Patienten zu beobachten sind: Meteorismus, Übelkeit, Aufstoßen, Erbrechen, Angst, Unruhe bei klarem Bewußtsein, erhöhter Temperatur — im Falle des Verfassers 40° —, also Erscheinungen ähnlich wie bei Perforationsperitonitis. Zwei Tage später wurde seziert und dabei keine Perforationsperitonitis, in dem Fettgewebe der Umgebung des Pankreas aber die charakteristischen Nekroseherde gefunden, die in der Umgebung des Schußkanals am zahlreichsten waren und ringsum allmählich an Zahl und Größe abnahmen.

Zwei andere nachher an demselben Institut beobachtete Fälle von Pankreasverletzung zeigten ganz analogen Verlauf. Auch den von Haffner-München, med. Wochenschr. 1904, Nr. 33, veröffentlichten Fall, in welchem eine Verletzung des Pankreas nicht stattgefunden haben sollte, führt Verf. auf eine Ernährungsstörung im Pankreas, die als Folge der Bauchkontusion auftrat, zurück, jene Patientin starb ein halbes Jahr nach der Verletzung.

Seelhorst.

Betriebsunfall und Leistenbruch.

Von Dr. Goldner.

(Zeitschrift für Eisenbahnhygiene, Heft 4.)

Goldner weist darauf hin, daß gerade der sogenannte äußere Leistenbruch vom Laien mit Vorliebe auf einen Unfall zurückgeführt wird. Verf. hat nachweisen können, daß es weit mehr kongenitale Hernien gibt als wir mit Hilfe der uns gegenwärtig zu Gebote stehenden Erkennungsmerkmale diagnostizieren können. Die Autopsien in vivo jener Fälle, die ein plötzliches Entstehen nach einem erlittenen Trauma verzeichnen lassen, geben fast allemal die klare Antwort auf diese Frage eindeutig im Sinne der Kongenitalität. Unter 88 ihrer Anamnese nach plötzlich entstandenen Leistenbrüchen fanden sich 66 sicher kongenitale vor, in keinem Falle ergab der Operationsbefund einen Anhaltspunkt für die traumatische Entstehung. Auf Zuerkennung einer Unfallrente hat der Versicherte nur Anspruch, wenn die bei dem Unfall erlittene Verletzung eine der mitwirkenden Ursachen der Erwerbsunfähigkeit abgegeben hat. Wendet man diese Definition auf den durch einen Betriebsunfall angeblich entstandenen Leistenbruch an, so müßte folgerichtig ein schweres Trauma direkt oder indirekt auf die Leistengegend eingewirkt, die Leistenpfeiler eventuell bei intakter Bauchhaut zerrissen und dadurch vielleicht auch den Austritt von Eingeweiden veranlaßt haben, so daß also ein Bruch in allen Stücken durch das Trauma gebildet wird. Es sind in der ganzen einschlägigen Literatur nur drei Fälle bekannt, welche diesen Bedingungen genügen. Verfasser kommt danach zu folgenden Resultaten:

1. Der Leistenbruch bildet in den allermeisten Fällen eine kongenitale Anlage.
2. Er stellt bei älteren Individuen durch langsam zunehmendes Schwächerwerden der Muskulatur und der Bruchpforten eine Berufskrankheit, eine erworbene Anlage dar.
3. Nur in ganz exzeptionellen Fällen mag es durch ein evidentes Trauma zu einem wirklich traumatischen Leistenbruch kommen.

Vom Schiedsgericht dürfen nur wissenschaftlich unzweifelhafte Unfallsbrüche anerkannt werden. Die Versicherten müßten über die Grundlosigkeit ihrer Ansprüche, die Wahrscheinlichkeit einer Dauerheilung auf operativem Wege und über die Tatsache aufgeklärt werden, daß der Leistenbruch eine pathologische Anlage ist. B.

Ein Fall von plötzlich auftretendem und Ileus verursachendem Fettbruch des Leistenkanals bei einer 83jährigen Frau.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg i. W.

(Monatsschr. f. Unfallkunde u. Inv. Wesen 1905, Nr. 6.)

Patientin erkrankte nach völligem Wohlbefinden in der Nacht mit heftigen Leibschmerzen und Erbrechen. Hartnäckige Verstopfung seit zwei Tagen. Die Untersuchung des Leibes ließ nirgends einen Bruch erkennen. Erst am folgenden Morgen. bei stark gesteigerten Beschwerden war links dicht über dem Poupartschen Band eine 8 cm lange wurstförmige, äußerst schmerzhafte Geschwulst zu fühlen, die als eingeklemmter Leistenbruch anzusehen war. Repositionsversuch erfolglos, nachmittags Operation. Wider Erwarten fand sich keine Darmschlinge, sondern ein apfelgroßes Lipom, welches mit breitem Stiele aus dem Leistenkanal hervortrat und vom parietalen Peritoneum ausging. Den bruchsackähnlichen Überzug bildete die Fascia transversa und das äußere Peritonealblatt. Die Geschwulst wurde abgetrennt; die Bruchpforte geschlossen, Heilung in acht Tagen. Über die Entstehung der Lipome ist Sicheres nicht bekannt; ihre Unterscheidung von Darmbrüchen ist vor der Operation kaum möglich; Verwechslung mit abgeschnürten Netzbrüchen leicht. Das plötzliche Eintreten solcher Geschwülste in den Leistenkanal bei starker Anwendung der Bauchpresse bedingt nach Ansicht des Verf. ihre Anerkennung als Betriebsunfall nach den für Darmhernien maßgebenden Grundsätzen. Ktg.

Hygiene.

Über Luftverunreinigung, Wärmestauung und Lüftung in geschlossenen Räumen.

Von Prof. C. Flügge.

Über den Einfluß wieder eingeatmeter Exspirationsluft auf die Kohlensäureabgabe.

Von Dr. B. Heymann.

Die Wirkungen der Luft bewohnter Räume.

Von Dr. E. Paul.

Das Verhalten Kranker gegenüber verunreinigter Wohnungsluft.

Von Dr. W. Ercklentz.

(Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh. Bd. 49, Heft 3.)

Die Arbeiten Flügges und seiner Schüler aus dem Breslauer hygienischen Institut prüfen sämtlich die Frage nach Wesen und Ursache der Luftverderbnis in bewohnten Räumen. Schon 1883 machten Versuche von Hermanns es wahrscheinlich, daß die chemischen Änderungen, welche durch die normalen gasförmigen Ausscheidungen des Menschen in der Luft bewohnter Räume hervorgerufen werden, einen Einfluß auf die Gesundheit nicht haben. Brown-Séquard und d'Arsonval behaupteten fünf Jahre später doch wieder, daß der Mensch ein gesundheitsschädliches „Anthropotoxin" ausatme. Beu, Rauer, Lübbert u. a. haben Brown-Séquards Angaben zwar widerlegt, aber ihre Angaben haben nicht die gebührende Beachtung gefunden. Das liegt nach Flügges Annahme mit daran, daß ihre Versuche nur an Tieren oder auf nicht hinreichend breiter Basis angestellt wurden. Deshalb haben Paul und Ercklentz größere Versuchsreihen an Gesunden und Kranken angestellt, die in geschlossenen Glaskästen längere Zeit verweilen mußten und dann in bezug auf Puls, Atmung und dergleichen, aber auch mit Rücksicht auf das subjektive Empfinden und die Anzeichen geistiger Ermüdung untersucht wurden. Die Arbeit von Heymann befaßt sich speziell mit einer Angabe von Wolpert, die in den letzten Jahren eine große Rolle spielte. Wolpert behauptete, daß die ausgeatmete Kohlensäure die Abgabe weiterer Kohlensäuremengen aus dem Körper beeinträchtigt und somit zu einer CO_2-Stauung führe. An der Hand ausführlicher Versuchsprotokolle kommt Heymann zu dem Schlusse, daß diese Angabe irrig sei. Flügge selbst zieht aus diesen und früheren Untersuchungen die Schlüsse in theoretischer und praktischer Hinsicht. Er stellt sich ganz auf den Standpunkt von Hermanns. Die Luftverderbnis in bewohnten Räumen beruht auf physikalischen Vorgängen (Wärmestauung), nicht auf chemischen Veränderungen der Luft. Dementsprechend ist es in erster Linie richtig, der Überhitzung vorzubeugen. Selbst die riechenden Stoffe, die von der Zersetzung der Hautprodukte, von kariösen Zähnen, von Nahrungsmitteln usw. herrühren, erregen zwar eben durch den Geruch Ekel und müssen deshalb beseitigt werden (— und zwar in erster Linie durch vermehrte Reinlichkeit, in zweiter durch Lüftung —), aber die Annahme, daß sie direkt gesundheitsschädlich oder gar giftig wirken, wird durch die Experimente nicht bestätigt. Was endlich Staub und Kontagien betrifft, so sind sie durch Lüftung allein überhaupt nicht zu beseitigen, müssen vielmehr auf mechanischem Wege beseitigt werden.

Bei der Wichtigkeit dieser Arbeiten erscheint es notwendig, nach diesen orientierenden Bemerkungen, die Schlußfolgerungen die Flügge zieht, ausführlich wiederzugeben. 1. Zahlreiche, mit seinen Prüfungsmethoden und unter genauer Berücksichtigung der thermischen Verhältnisse an gesunden und kranken Menschen angestellte Versuche haben ergeben, daß die chemischen Änderungen der Luftbeschaffenheit, welche in bewohnten Räumen durch die gasförmigen Exkrete der Menschen hervorgerufen werden, eine nachteilige Wirkung auf die Gesundheit der Bewohner nicht ausüben. 2. Wenn in geschlossenen, mit Menschen gefüllten Räumen gewisse Gesundheitsstörungen, wie Eingenommenheit des Kopfes, Ermüdung, Schwindel, Übelkeit usw. sich bemerkbar machen, so sind diese Symptome lediglich auf Wärmestauung zurückzuführen. 3. Die thermischen Verhältnisse der uns umgebenden Luft — Wärme, Feuchtigkeit, Bewegung — sind für unser Wohlbefinden von erheblich größerer Bedeutung, als die chemische Luftbeschaffenheit. Auch das erfrischende Gefühl, welches bei ausgiebiger Lüftung geschlossener Räume oder im Freien empfunden wird, resultiert nicht sowohl aus der größeren chemischen Reinheit der Luft, sondern aus der besseren Entwärmung des Körpers. 4. Eine Überwärmung unserer Wohnräume muß daher tunlichst vermieden werden. Während dies im Hochsommer oft schwer durchzuführen ist, gelingt es in den übrigen Jahreszeiten relativ leicht. 5. In erster Linie müssen die Heizeinrichtungen stets so betrieben werden, daß die Temperatur die oberste Grenze von 21° niemals übersteigt. Namentlich ist dies in öffentlichen Räumen (Schulen) scharf zu kontrollieren. In der Regel soll die Temperatur der beheizten Räume zwischen 17 und 19° liegen. 6. In überwarmen Räumen kann oft schon durch künstliche Zirkulation der Luft ohne Zufuhr von Außenluft eine gewisse Abhilfe geschaffen werden. 7. Durch Lüftung in überwarmen Räumen Abhilfe zu schaffen, ist im Winter während der Benutzung des Zimmers durch Menschen gefährlich und zu vermeiden, weil durch die Einwirkung kalter Luftströme auf die vorher überwärmte Haut leicht Erkältungskrankheiten entstehen. 8. Dagegen kann durch periodische Lüftung der Räume zu unbewohnter Zeit der Überwärmung wirksam begegnet werden. 9. Für die in Wohnräumen vorkommenden Gerüchen, welche vorzugsweise den Zersetzungen auf Haut und Schleimhäuten sowie den Kleidern der Bewohner entstammen, ist eine gesundheitsschädliche Wirkung nicht nachgewiesen. 10. Dagegen erzeugen diese Gerüche beim Betreten der Räume Ekel und sind deshalb tunlichst zu beseitigen. 11. Dies kann geschehen teils durch Vorbeugung und Desodoration, teils durch kontinuierliche Aspirationslüftung, oder durch periodische Zuglüftung des unbewohnten Zimmers. 12. Die Lüftung hat nicht die Aufgabe und ist nicht imstande, bewohnte Räume von Staub oder Kontagien zu befreien. Lehfeldt.

Luftverunreinigung durch die Heizkörper im geheizten Eisenbahnwaggon.

Von Dr. A. Hinterberger in Wien.

(Zeitschr. für Eisenbahnhygiene. Jahrg. I, Heft 3, S. 63.)

Durch die Röstung des Staubes, der sich auf den heißen Heizkörpern in den Coupés niederschlägt, entwickeln sich Gase, welche bei den Reisenden unangenehme Erscheinungen hervorrufen. Von Reizungszuständen der Luftwege bis zu schwerer Benommenheit des Kopfes reicht die Reihe dieser Intoxikationssymptome. Ohne auf die Natur der entwickelten Gase näher einzugehen, macht Verf. Vorschläge zur Abhilfe, die die Beachtung der Eisenbahnverwaltungen verdienen. Dabei spielt fleißiges Reinhalten der möglichst glatt herzustellenden Heizkörper die Hauptrolle. — [An der Richtigkeit der Anregungen ist nicht zu zweifeln. Die Vorwürfe treffen Übelstände, welche den Zentralheizungen im allgemeinen anhaften. Die Beseitigung ist aber im Eisenbahnzuge wohl kaum möglich. Durch die Erschütterungen des Fahrens wird, zumal in gepolsterten Coupés, eine derartige Masse von Staub mobil, daß man sich dagegen in keiner Weise schützen kann. Wie die Heizkörper während langer Strecken ununterbrochener Fahrt, namentlich in Zügen ohne Durchgangsmöglichkeit, von diesen Staubwolken frei gehalten werden können, bleibt trotz der wohlmeinenden Absicht des Verfassers, ein ungelöstes Rätsel. Ref.] Ktg.

Theoretisches und Praktisches zur Formaldehyd-desinfektion auf dem Lande.

Von Dr. Werner, Kreis-Assistenz-Arzt zu Marburg.
(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 13.)

In der hygienischen Abteilung der Desinfektorenschule zu Kassel wurden Versuche angestellt, welche sich auf die Wirksamkeit der genannten Desinfektion und die dazu nötigen Vorbedingungen, Apparate und deren Leistungsfähigkeit bezogen. Hierbei ist, wie vorweg bemerkt wird, auch die früher bekannt gemachte Einwirkung des F. auf Tuberkelbazillen wieder bestätigt worden.

Es bedarf zur Wirkung der Gegenwart von Wasserdampf; 3 l Wasser auf 100 cbm Raum. Methoden ohne dies (Aesculap-, Hygiea-Lampe etc.) sind wertlos. Ferner der Konzentration von 5 g F. pro Kubikmeter Raum bei 7 stündiger Einwirkung. Das setzen auch die Bestimmungen des neuen Reichs-Seuchengesetzes fest. Die Kosten werden dadurch allerdings gegenüber den bisherigen Apparaten erhöht. Von den käuflichen Apparaten ist eine Leistungsfähigkeit für 150 cbm zu verlangen. Für die Gewinnung des Formalingases kommt heute nur die flüssige Lösung in Betracht; denn die aus dem festen Paraformaldehyd z. B. in Gestalt der Scheringschen Pastillen, ist fünfmal teurer. Ein Apparat, der ländlichen Desinfektoren in die Hand gegeben werden soll, muß einfach und so fest konstruiert sein, daß er auch einmal eine rauhe Behandlung verträgt. Dem genügt am besten der Breslauer Apparat, der vom Regierungspräsidenten allgemein zur Anschaffung empfohlen ist. Bei einem Fassungsvermögen von 9,5 l desinfiziert er 150 cbm Raum. Zum Schutz des Desinfektors wie zur Verhütung von Seuchenverschleppung ist neben dem Instrumentarium ein Anzug nebst Kappe und Schuhen nötig; ferner eine große, solide Bürste zur mechanischen Reinigung. Alles Zusammengehörige wird so schwer, daß es von einem einzigen Manne nicht transportiert werden kann. Die von Roepke angegebene kompendiösere Einrichtung verdient Beachtung; sie desinfiziert aber nur Räume von 110 cbm Inhalt.

Neuerdings sind von Flügge und Reichenbach Einwände gegen die reichsgesetzlichen Bestimmungen erhoben, und es ist geltend gemacht worden, daß für eine Anzahl von Desinfektionen eine geringere Zeit der Einwirkung genügt — die sich dann auch wohlfeiler stellt. Verf. spricht sich gegen diese Ansicht aus. Bei der Qualität der ländlichen Desinfektoren müssen die Bestimmungen durchaus so gehalten sein, daß dem eigenen Ermessen der Leute nichts überlassen bleibt. Ktg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Bericht über die Ausschuß-Sitzung des Verbandes Deutscher Bahnärzte zu Eisenach auf der Wartburg am 14. Mai 1905.

Vorsitzender: Schwechten, Schriftführer: Ramm und Herzfeld. Es nahmen teil 31 Mitglieder und 4 Gäste.

Der Vorsitzende eröffnet um 11 Uhr die Sitzung, begrüßt als neues Mitglied Herrn Hofrat Dr. Dehler-Würzburg, als Gäste die Herren Rüdlin, Loeffler, Flöel und Roepke. Geh. Rat Rüdlin dankt für die Begrüßung und verspricht im Auftrage des Herrn Ministers die Förderung der bahnärztlichen Interessen.

Das Protokoll der letzten Ausschußsitzung in Metz von 1904 wird als bekannt ohne Verlesung und ohne Widerspruch angenommen.

1. Das Ersuchen des Herrn Ministers an die Vereins-Vorstände, je ein Exemplar der jeweiligen Verhandlungen ihrer Vereine dem zuständigen Eisenbahn-Präsidenten zu überreichen.

I. Geschäftliches. Der Vorsitzende teilt folgende Eingänge mit:

2. Einladung des Samaritertages nach Kiel.

Herr Blume wird zum Delegierten des Verbandes Deutscher Bahnärzte gewählt.

3. Für die nächste Sitzung ladet Herr Stich nach Nürnberg und Herr Beck nach Stuttgart ein. Letzteres wird angenommen mit der Maßgabe, die Sitzung in der zweiten Hälfte des April stattfinden zu lassen.

4. Herr Schwalbe teilt mit, daß er die Mitgliederliste der Bahnarzt - Vereins - Vorstände in seinem Medizinal - Kalender im nächsten Jahr wieder aufnehmen wird.

5. Nicht benützte Freikarten müssen den Direktionen zur Vermeidung von Weiterungen zurückgegeben werden.

6. Mitteilung über Gründung und Zweck des Eisenbahn-Heims in Borkum. Der Vorsitzende empfiehlt die Benutzung desselben. Prospekte, Hausordnung und Bücher über Borkum und seine Heilfaktoren reicht Herr Ramm herum.

7. Mitteilung der Direktion Hannover, daß kranke Eisenbahner, welche eine Kur in Oeynhausen gebrauchen wollen, vertragsmäßig bahnärztliche Behandlung durch Dr. Aly daselbst erhalten, und auch in seiner Anstalt Aufnahme finden können. Gesuche um Aufnahme müssen vorher an Dr. Aly gerichtet werden.

8. Der Vorsitzende macht bekannt, daß er mit der Ausarbeitung eines neuen Arznei-Verordnungsbuches zur Verbilligung der Arzneien für die Eisenbahn - Betriebs - Krankenkassen beauftragt ist und bittet um Einsendung geeigneter Vorschläge.

9. Das statistische Amt hat die Absicht, ärztliche Tagebücher für Krankenkassen einzurichten.

II. Antrag Schwechten.

Halten die Mitglieder des Verbandes eine erweiterte Fürsorge in der von der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft geplanten Weise (a und b) für zweckmäßig und durchführbar?

a) Mit der Errichtung der beiden Lungenheilstätten Moltkefels und Stadtwald ist für eine sachgemäße Behandlung derjenigen tuberkulösen Eisenbahnbediensteten gesorgt, bei denen die Krankheit sich in den Anfangsstadien befindet. Nicht ausreichend erscheint aber zurzeit in vielen Fällen die Fürsorge, welche den unheilbar erkrankten Bediensteten und den erkrankten Angehörigen der Bediensteten zuteil wird. Ihnen werden, da sie in die Heilstätten aus mancherlei Gründen nicht aufgenommen werden können, nur diejenigen Hilfen zuteil, auf welche sie als Mitglieder der Betriebskrankenkasse oder als Angehörige solcher Anspruch haben, oder die ihnen der Bahnarzt zu leisten hat. Daneben hat die Eisenbahnverwaltung in diesen Fällen, insbesondere dann, wenn die Erkrankten nicht in der Lage waren die Kosten einer zweckentsprechenden Behandlung aus eigenen Mitteln zu bestreiten, durch Zuwendungen aus dem Unterstützungsfonds Hilfe geleistet. Hierbei ist indes vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß die gewährten Unterstützungen seitens der damit Bedachten unzweckmäßig, oft sogar in einer den Kranken geradezu schädlichen Weise verwendet wurden. Es ist deshalb in Frage gekommen, die Mittel des Unterstützungsfonds besser als bisher zu einer systematischen Tuberkulosefürsorge zu verwenden.

Hierzu bedarf die Verwaltung in erster Linie der werktätigen Unterstützung der Bahn- und Bahnkassenärzte. Diese hätten schon bei beginnender Krankheit, falls der Erkrankte damit einverstanden ist, jeden Fall von Tuberkulose, der nach ihrer Ansicht eine Fürsorge erheischt, anzuzeigen und dabei gleichzeitig Vorschläge zu machen, in welcher Weise eine Fürsorge einzutreten hätte.

Um der Verwaltung ihre Entschließung hinsichtlich der Wahl der Fürsorgemaßregel zu erleichtern, würden über jeden Krankheitsfall Ermittlungen, etwa nach Anleitung des Formulars b) anzustellen sein.

Ob diese Ermittlungen ganz oder nur teilweise durch den Arzt oder durch andere dafür geeignete Personen vorzunehmen sein würden, bedarf der Erörterung. Es ist der Verwaltung erwünscht, eine Äußerung des Ausschusses über die in Aussicht genommenen Maßregeln vor deren Einführung zu erhalten.

b) **Familien-Fürsorge.**

für die Bediensteten der Preußisch-Hessischen Eisenbahngemeinschaft.

Direktionsbezirk ....

Name, Stand und Wohnort des Ausstellers.

I. Erhebungen über die Familienverhältnisse:

1. Name und Vorname des Haushaltungsvorstandes?	
2. Wohnort, Straße, Hausnummer?	
3. Alter? Familienstand? ledig? verheiratet?	
4. Beruf und Einkommen? (Berufstätigkeit? Tages- oder Nachtdienst? Arbeitszeit? Tagesverdienst? Monatsgehalt? Sonstige Einnahmen?)	
5. Arbeitsunfähigkeit? (Seit wann? vorübergehend? dauernd? Krankengeld? Rente? Pension?)	
6. Besondere Bemerkungen? Vermögensverhältnisse? Alkoholismus und ähnliches?	
7. Ehefrau? (Alter? Verstorben, wann, woran? Berufstätigkeit? Verdienst außer Hause?)	
8. Besondere Bemerkungen? (Kräftezustand? Schwangerschaft? oder ähnliches?)	
9. Kinder? (Zahl? Alter? Im Hause lebend? Schulpflichtig? wieviel verstorben? wann? woran?)	
10. Besondere Bemerkungen? (Außer Hause lebend? Unterstützen die Eltern?)	

II. Erhebungen über die Krankheit:

11. Wer ist krank? (Mann? Frau? Kinder? Sonstige Familienangehörige?)	
12. Art der Krankheit? (Hauptsächlichste Klagen? Krankheitszeichen? Seit wann?)	
13. Verlauf der Krankheit? (Arbeitsfähig? Arbeitsunfähig? Bettlägerig? In ärztlicher Behandlung? Bei wem? Früher durchgemachte Kuren?)	
14. Besondere Bemerkungen: (Wer pflegt den Kranken? Wünsche des Kranken? und ähnliches.)	

III. Häusliche Verhältnisse der Kranken:

15. Wohnungsverhältnisse: (Geschoß? Wieviel Zimmer? Kochküche? Zimmer genügend groß oder zu klein? Trocken oder feucht? Hell oder dunkel? Sauber oder schmutzig? Mietspreis pro Monat?)	
16. Schlafzimmer: (Wieviel Personen schlafen hier? Hat jede ein Bett? Hat der Kranke ein eigenes Zimmer? Hat der Kranke ein Bett für sich?)	
17. Wird in dem Wohnzimmer gekocht oder gewaschen oder ein Gewerbe betrieben?	
18. Angaben über die Ernährung, Kleidung, Reinlichkeit des Kranken (Auswurfbeseitigung?)	
19. Vorschläge für die Hilfeleistungen an die Familie bzw. den Kranken. (Nahrungsmittel? Stärkungsmittel? Spuckflasche? Desinfektionsmittel [Lysoform]? Zahnbürste? Zahnpulver? Kleider? Decken? Wohnung? Geldunterstützung? Unterbringung des Kranken ins Krankenhaus? Heilstätte? Erholungsstätte? Seehospiz? Ferienkolonie? Walderholungsstätte?)	

IV. Ärztliche Äußerung.

20. Deutsche Bezeichnung der Krankheit:	
21. Besteht Ansteckungsgefahr? Ist Wohnungsdesinfektion empfehlenswert? Wann?	
22. Anordnungen und ärztliche Fürsorge-Vorschläge: (Siehe unter 19)	

V. Getroffene Maßnahmen:

Datum:	

VI. Erhaltene Resultate:

Datum:	

Herr Rüdlin begründet die Vorlage folgendermaßen:

Die großen Verheerungen, welche die Tuberkulose namentlich in den wirtschaftlich schwächeren Kreisen der Bevölkerung alljährlich anrichtet, hat schon seit vielen Jahren die Aufmerksamkeit der Ärzte und der Laien auf eine systematische Bekämpfung dieser Volkskrankheit hingelenkt. Weitverzweigte gemeinnützige Vereine, staatliche Institute, größere Kommunen und wohltätige Menschenfreunde haben ihre Kräfte in den Dienst dieser Aufgabe gestellt und durch ihre Tätigkeit bereits sichtbare Erfolge erzielt. Mannigfach sind die Wege, auf denen man dem Ziele zustrebt. In erster Linie hat man durch Vorträge und belehrende volkstümliche Schriften den Sinn weiter Volksschichten, welche bisher verständnislos der Krankheit und insbesondere ihren Anfängen gegenüber standen, zu wecken gesucht. Sodann hat man durch Aufnahme der Erkrankten in die neu errichteten Lungenheilstätten vielen Personen, bei denen die Krankheit noch nicht die schweren Formen angenommen hatte, Heilung verschafft und vollständige Erwerbsfähigkeit wiedergegeben. Schließlich hat man durch Errichtung von Pflegeanstalten für Unterbringung der unheilbar Erkrankten gesorgt und hierdurch nach zwei Richtungen hin segensreich gewirkt, einmal, indem man diesen hoffnungslos Erkrankten bis an ihr Ende eine Pflege verschaffte, die ihnen in ihrer Häuslichkeit nicht zuteil werden konnte, und zum andern, indem man ihre Mitmenschen, insbesondere ihre Angehörigen, dadurch von der Gefahr befreite, die ihnen unausgesetzt von der Ansteckung durch jene drohte. Ergänzend hat man dann noch an vielen Orten nach dem Vorbilde der belgischen und französischen dispensaires Einrichtungen getroffen, welche eine sachgemäße ärztliche Behandlung und eine zweckentsprechende Lebensweise derjenigen Erkrankten, welche aus irgend welchen Gründen in die Heil- oder Pflegestätten nicht aufgenommen werden können, ermöglichen sollen.

Auch seitens der Eisenbahnverwaltung hat man seit Jahren sich diesen Bestrebungen angeschlossen. Auf allen Gebieten ist auf eine Verbesserung der hygienischen Verhältnisse,

insbesondere der Wohnungsverhältnisse der Bediensteten Bedacht genommen; durch Verteilung belehrender Schriften, insbesondere des Tuberkulose-Merkblatts ist für geeignete Belehrung Sorge getragen.

Zwei neue mit den besten Einrichtungen ausgestattete Heilstätten der Pensionskasse wirken segensreich nicht nur für die erkrankten Pensionskassenmitglieder, sondern nehmen auch Beamte in die Behandlung auf.

Als nicht ausreichend muß indes jetzt noch die Fürsorge bezeichnet werden, welche den unheilbar erkrankten Bediensteten und den erkrankten Angehörigen von Bediensteten zuteil wird. In die Heilstätten können diese Personen aus mancherlei Gründen nicht aufgenommen werden. Es können ihnen vielmehr z. Z. nur diejenigen Hilfen zuteil werden, welche ihnen satzungsmäßig als Mitglieder der Krankenkasse zustehen oder — soweit es sich um Beamte und deren Angehörige handelt — welche der Bahnarzt ihnen vertraglich zu gewähren hat.

Da indes diese Hilfen bei den gering besoldeten Bediensteten allein nicht ausreichen, um den Kampf gegen die Tuberkulose mit Erfolg aufzunehmen, so hat sich die Eisenbahnverwaltung stets bereit finden lassen, mit den Mitteln ihrer Unterstützungsfonds auszuhelfen. Hierbei ist indes vielfach die Erfahrung gemacht worden, daß die gewährten Unterstützungen seitens der damit Bedachten unzweckmäßig, oft sogar in einer den Kranken geradezu schädlichen Weise verwendet wurden. Die Verwaltung geht deshalb mit der Absicht um, die Mittel der Unterstützungsfonds besser als bisher zu einer systematischen Tuberkulosefürsorge zu verwenden. Mitbestimmend für diese Absicht ist neben den erörterten allgemeinen Erwägungen auch die Tatsache, daß ein großer Teil der Eisenbahnbediensteten, insbesondere das Zugpersonal in die Lage kommt, auf seinen Fahrten die Ansteckungskeime weithin zu vertreiben und dadurch der Allgemeinheit gefahrbringend zu werden. Die in Aussicht genommene Fürsorge würde nur auf Antrag der Bediensteten eintreten, und auch nur solchen Bediensteten gewährt werden, die nicht in der Lage sind, die Kosten aus eigenen Mitteln zu bestreiten.

Hierzu bedarf die Verwaltung aber in erster Linie der Unterstützung der Bahn- und Bahnkassenärzte. Die hätten jeden Fall von Tuberkulose, der nach ihrer Ansicht eine Fürsorge seitens der Verwaltung erheischt, falls auch die Erkrankten damit einverstanden sind, sofort nach der Feststellung zur Kenntnis der Verwaltung zu bringen, und dabei gleichzeitig Vorschläge zu machen, in welcher Weise die Fürsorge einzutreten hätte. Außerdem hätten die Ärzte den Kranken genaue, schriftlich niedergelegte Verordnungen zu erteilen, aus denen insbesondere die Tageseinteilung, Diät, zulässige Beschäftigung, Ruhe und dergleichen hervorgehen müßten. Die Vorschläge der Ärzte hätten sich beispielsweise auf die Verabreichung von Spuckflaschen, Thermometern, Lysoform usw., auf die Verbesserung der Ernährung (Milch, Eier, Fleisch), auf die Verabfolgung reiner Bettwäsche und nötigenfalls von Bettstücken, Desinfektion der Wohnung pp., Stellung von Pflegepersonal, geeignetenfalles auch auf die Unterbringung in Heilstätten, Seehospizen, Walderholungsstätten, Pflegeanstalten usw. zu erstrecken. Die Ermittlungen über jeden Krankheitsfall würden zweckmäßig nach Anleitung eines Formulars, etwa nach dem vorgelegten Muster vorzunehmen. Ob die Ermittlungen über die wirtschaftlichen Verhältnisse der Erkrankten wie sie das Formular vorsieht, ganz oder teilweise durch die Ärzte oder durch andere Personen — vielleicht die Krankenkassenkontrolleure oder Dienststellenvorsteher — vorzunehmen sein würden, bedarf der näheren Erörterung.

Welche Art der Fürsorge im einzelnen Falle einzutreten hat, bestimmt die Eisenbahndirektion unter Berücksichtigung des ärztlichen Vorschlages und nach Maßgabe der vorhandenen Mittel. Zu diesem Zweck wird beabsichtigt, die aus dem Unterstützungsfonds bewilligten Mittel in geeigneten Fällen nicht in bar auszuzahlen, sondern sie direkt zur Anschaffung der für erforderlich gehaltenen Heilmittel, Lebensmittel und sonstigen Gegenstände (Betten, Wäsche pp.) oder zur Durchführung des etwa in Aussicht genommenen Heilverfahrens zu verwenden.

Eine Mehrbelastung der Ärzte wird durch dieses Vorgehen nicht herbeigeführt werden, sie sollen nur veranlaßt werden, diesen Krankheitsfällen systematisch und gleich in den Anfängen ihre besondere Aufmerksamkeit zuzuwenden und die Verwaltung über die erforderlich erscheinenden Maßregeln zu unterrichten.

Es entspinnt sich über diese Fragen eine lebhafte Debatte, in welcher die Herren Weber, Hager, Davidsohn, Preuß, Röpke, Ramm, Vogel, Bode, Fröhlich, Rinke, Schwechten ihre Erfahrungen und Anschauungen niederlegen. Schließlich wird der von Vogel-Rinke gestellte Antrag einstimmig angenommen, dahin lautend: „Der Ausschuß D. B. Ä. erkennt den Vorschlag des preußischen Ministeriums für erweiterte Familienfürsorgen der Bahnbediensteten als durchaus zweckmäßig an und wird, soweit es in seinen Kräften steht, zur Mitwirkung und Durchführung dieser Vorschläge die Bahnärzte veranlassen. Insbesondere wird empfohlen, für die Desinfektion der Wohnungen — auch der Privatwohnungen — Sorge zu tragen.“

III. Vorläufige Besprechung der Tagesordnung der Sektion für Eisenbahnhygiene auf dem internationalen Hygienekongreß 1907 in Berlin. Nach längerer eingehenderer Debatte werden folgende Themata vorgeschlagen:

a) Seuchengefahr und ihre Verhütung im Eisenbahnbetriebe.
b) Über die Gefahren geisteskranker Bahnbediensteter für den Eisenbahnbetrieb.
c) Die Verletzungen im Eisenbahnbetriebe und ihre Verhütungen.

Die Wahl der Referenten bleibt vorbehalten.

IV. Anträge Beck.

a) Für den zur Zeit des Hygienekongresses 1907 in Berlin stattfindenden 7. Verbandstag Deutscher Bahnärzte sind nur solche Themata zu wählen, welche für den Bahnarzt von Wichtigkeit sind, und diese Themata sind nur von Bahnärzten zu besprechen. Die Beiziehung von Autoritäten der Wissenschaft, welche keine Erfahrung auf bahnärztlichem Gebiete haben, ist zu vermeiden.
b) Bei den Verbandstagen der Deutschen Bahnärzte ist die Schaustellung und Anpreisung von Genußmitteln nicht mehr zu gestatten.
c) Die Annahme von Einladungen zum Besuch von gewerblichen oder industriellen Etablissements soll von der Leitung der Verbandstage abgelehnt werden.

Zu den Anträgen Beck kommt nach einer langen Debatte die Versammlung zu der Überzeugung, daß die Anträge in der gestellten Form als zu weitgehend zu erachten sind. Die Versammlung erkennt die Tendenz der Anträge an und will durch Einführung der Worte „tunlichst“ und „möglichst“ dieselben auch zum Beschlusse erheben. Jedoch kann der Verband es nicht anerkennen, daß von vornherein solche Themata ganz ausgeschlossen seien, da bei wichtigen Fragen, wie z. B. Alkoholismus, Ernährung usw., es dem Vortragenden wohl erlaubt sein muß, ihm bekannte und bewährte Präparate anerkennend zu erwähnen, bzw. vorzuführen.

Dem engeren Ausschuß wird die Pflicht auferlegt, für sachgemäße Ausführung dieses Beschlusses Sorge zu tragen.

V. Anträge Schwechten.

a) Hält es der Ausschuß im Anschluß an die von Professor Fürstner angeregte Frage für wünschenswert, den Bahn-

verwaltungen zu empfehlen: „Gelegenheiten zu schaffen, in Verbindung mit Sanatorien, deren Ärzte genügend psychiatrisch geschult sein müssen, um die Unfallverletzten von vorn herein an Arbeit zu gewöhnen?

b) Ist den Bahnverwaltungen zu empfehlen (im Anschluß an den Vortrag des Professor Ledderhose) in die Anweisung zum Unterricht für die Samariterkurse aufzunehmen: „Waschen, Desinfizieren der Wunde, Extraktion von Fremdkörpern, Blutstillungsversuche sind streng zu verbieten."

Zu a). Der Antragsteller begründet den Antrag a) damit, daß die Bahnärzte bisher mit der Behandlung der Unfall-Neurosen große Schwierigkeiten hatten, weil es besonders durch das mangelnde Verständnis und Entgegenkommen der unteren Eisenbahn-Dienststellen unmöglich gemacht wurde, rechtzeitig die Unfall-Neurotiker zur Arbeit wieder heranzuziehen. Aus diesen Gründen scheine die frühzeitige Überweisung in zweckmäßig geleitete Sanatorien etc. wie z. B. Haus Schönow bei Zehlendorf, Thiem-Kottbus, Hermannshaus in Sachsen (Prof. Windscheid) angezeigt.

In der lebhaften Diskussion, an welcher sich die Herren Preuß, Loeffler, Herzfeld, Le Blanc, Löwenthal, Vogel, Schwechten, Ullersberger, Davidsohn, Beck, Weber, Sonnenkalb, Gilbert, Laschke, Hager und Rüdlin beteiligen, wird einerseits die Undurchführbarkeit der Zwangsüberweisung festgestellt; auch fürchteten viele derartige Anstalten als Schulen für das Simulantentum. Die Wichtigkeit der frühzeitigen Beschäftigung wurde allseitig anerkannt. Auch wurde auf das Beamten-Fürsorge-Gesetz und den Ministerialerlaß vom November 1903 betreffend Beschäftigung mit leichterer Arbeit für die aus den Tuberkulose-Heilstätten Entlassenen aufmerksam gemacht, und Anlehnung an diese als vielleicht möglich hingestellt. Hindernd stände das Krankenkassen-Gesetz im Wege, welches den Kranken während der Krankheit (13 Wochen) die Arbeit verbiete. Hierzu bemerkt Herr Rüdlin, daß vielleicht seitens der Ärzte die Arbeit als Heilmittel verordnet werden könnte.

Von anderer Seite wurde noch darauf aufmerksam gemacht, daß die Bahnärzte mit größerem Selbstvertrauen an die Behandlung und Begutachtung dieser Kranken herangehen sollten, damit sie nicht nötig hätten, die Behandlung etc. an Autoritäten abzugeben.

Schließlich einigt man sich auf folgenden Kompromiß-Antrag, welcher einstimmig angenommen wird.

„Der Ausschuß D. B. Ä. empfiehlt den Behörden, Gelegenheiten zu schaffen, um die Unfallverletzten von vornherein an Arbeit zu gewöhnen, ähnlich wie es der Ministerial-Erlaß vom November 1903 für lungenkranke Bahnbedienstete gewährleistet hat."

Zu b). Der Antragsteller weist auf den Ledderhoseschen Vortrag hin und bemerkt, daß der Neudruck der Unfallverhütungs-Vorschriften jetzt bevorstehe und deshalb die Frage aktuell sei.

Die betreffenden Paragraphen sind 7e und 7s. Es wird vorgeschlagen, daß Paragraph 7e folgende Fassung erhält: Die Wunde selbst darfst Du auf keinen Fall mit den bloßen Fingern berühren und reinigen, sondern nur mit einem Bausch Sublimat-Mull (hinzuzufügen) „bedecken".

§ 7s. Findest Du fremde Körper in einer Wunde, wie Splitter von Holz, Glas, Eisen, so (versuche, dieselben vor Anlegung des Verbandes herauszunehmen. Vermeide hierbei aber jede Gewalt und berühre die Wunde selbst nicht mit den Fingern. Wenn auf diese Weise die Beseitigung der fremden Körper nicht gelingt, so) lasse sie ruhig liegen, bis der Arzt kommt. Sei aber dann beim Bedecken der Wunden und beim Anlegen des Verbandes besonders vorsichtig. Versuche nicht oder gib nicht zu, daß die Wunde in anderer Weise, als oben beschrieben, gereinigt werde, auch nicht mit reinem Wasser.

Es wird beschlossen das in ( ) gesetzte zu streichen und statt „auch nicht mit reinem Wasser" zu setzen „außer mit reinem gekochten Wasser".

Ferner wird nach eingehender Debatte beschlossen, im Anschluß an die Anfrage des preußischen Kriegsministeriums statt der Trikotschlauchbinden in den Rettungskästen auf dem Wege des allmählichen Ersatzes Gurtbinden oder Bendersche Idealbinden zu empfehlen.

VI. Anträge Zeitlmann.

a) Die Anforderungen an die Tauglichkeit und die Untersuchungsmethoden bei der Annahme von Bahnbeamten sind einheitlich zu regeln.

b) Mit Rücksicht auf die Betriebsmittelgemeinschaft empfiehlt sich eine einheitliche Einrichtung der in den Zügen mitgeführten Rettungskästen.

c) Kurzer Bericht über die in Bayern gemachten Erfahrungen mit den verschiedenen Untersuchungsmethoden zur Erkennung der Farbenblindheit.

Zeitlmann knüpft an die Mitteilungen Ullersbergers auf der Metzer Tagung an und berichtet in längeren Ausführungen über die in Bayern bei der Farbensinnprüfung des Personals gemachten, wesentlich anders lautenden Erfahrungen. Er erwähnt u. a. einen Fall, in welchem die Farbensinnstörung eines Lokomotivführers einen Eisenbahnzusammenstoß veranlaßt hat. Er teilt das Ergebnis einer Rundfrage bei den Augenärzten der bayerischen Bahnverwaltung über den Wert der Prüfungsmethoden nach Holmgren, Stilling und Nagel mit und führt die Kautelen an, welche zu beachten sind, wenn Irrtümer seitens der Bahnärzte vermieden werden sollen. Zeitlmann ist der Meinung, daß mit jeder der genannten drei Methoden alle Farbensinnstörungen, welche praktisch von Belang sind, gefaßt werden können; ebenso auch durch die Prüfung mit dem Cohnschen Täfelchen. Die farbenschwachen und anormalen Trichromaten, welche die erwähnten Proben nicht bestehen, seien vom Betriebsdienste auszuschließen. Die praktische Probe mit den im Betriebe gebräuchlichen farbigen Signalen liefere bei diesen kein einwandfreies Ergebnis. — Bisher sei in Deutschland bei Eisenbahn und Marine die Holmgrensche Prüfungsmethode in allgemeiner Verwendung gewesen. Die von der preußischen Bahnverwaltung geplante Einführung der Nagelschen Tafeln an Stelle der Holmgrenschen Probe würde also zunächst eine große Ungleichheit hervorrufen. Man solle sich daher zu einer derartigen Änderung nur entschließen, wenn wirklich gewichtige Vorzüge für die Nagelschen Tafeln sprächen. Referent schätze diese sehr hoch, bezweifle aber, ob sie der Holmgrenschen Probe überlegen seien. Er betrachte es als eine Hauptaufgabe des Ausschusses, die Frage der körperlichen Tauglichkeit des Personals und der zweckmäßigsten Untersuchungsmethoden fortgesetzt im Auge zu behalten und auf Einheitlichkeit der einschlägigen Bestimmungen hinzuwirken. Die Grundlagen der Untersuchung, die Untersuchungsmethoden, die Vorschriften bezüglich der Aufnahmefähigkeit oder Untauglichkeit eines Bewerbers sollten überall in deutschen Landen die gleichen sein. Der Ausschuß oder eine Kommission desselben solle die hierher gehörigen Fragen prüfen und einheitliche Grundsätze aufstellen. Fällt das Ergebnis dieser Prüfung entschieden zugunsten der Nagelschen Tafeln aus, so sollten diese bei sämtlichen Verwaltungen eingeführt werden, sei es neben oder ohne Holmgren.

Zu b) macht Zeitlmann im Hinblick auf § 59 der Eisenbahn-Bau- und Betriebsordnung sowie auf die geplante Betriebsmittelgemeinschaft Vorschläge bezüglich einer gleichmäßigen

Ausstattung der in den Zügen mitzuführenden Verbandkästen und zeigt im Anschluß daran das Muster des von der bayerischen Verwaltung zur Einführung bestimmten Verbandskastens vor. Im Falle der Betriebsmittelgemeinschaft würde es einen Übelstand bedeuten, wenn in den nun durch ganz Deutschland laufenden Dienst- und Gepäckwagen Verbandkasten verschiedenen Inhalts mitgeführt würden; das Personal, welches die Nothilfe leisten solle, könne sich doch mit dem verschiedenen Inhalt verschiedener Rettungskästen nicht so vertraut machen, daß es rasch und sachgemäß zu handeln vermöge. Durch die Aufnahme von sogenannten Einzelverbänden in die Zugverbandskasten ließe sich ohne Schwierigkeit eine Einheitlichkeit des Inhalts erreichen, wenn vielleicht auch nicht mit einem Schlage, so doch allmählich auf dem Wege des Ersatzes nach Verbrauch des derzeitigen Inhalts. Die Einzelverbände hätten vor den bisherigen Verbandstoffpackungen den Vorzug der Billigkeit und sofortigen Gebrauchsbereitschaft. In Bayern seien die Bahnmeisterdistrikte seit einigen Jahren mit Einzelverbänden ausgerüstet. Die damit gemachten Erfahrungen seien sehr günstige. Das bayerische, von Professor Schmitt angegebene Einzelverbandmuster könne zur allgemeinen Einführung empfohlen werden.

Nunmehr zeigt Schwechten zwei Farbenuntersuchungsbänder von Dr. Schmitz-Dortmund vor. Die Versammlung erkennt in denselben nur eine verschleierte Prüfung auf der Strecke, und kann diese Methode als gleichwertig mit den bestehenden Untersuchungsmethoden nicht empfehlen. Herr Schwechten anerkennt zwar den Wert der Holmgrenschen Methode, bemerkt aber dazu, daß sie von farbenschwachen Bahnärzten überhaupt nicht ausgeführt werden kann. Die Nagelschen Proben dagegen liefern in jedem Fall ein positives Ergebnis, und könnten auch selbst von farbenblinden Ärzten ausgeführt werden. Er befürwortet die Einführung der Nagelschen Proben. Er ist sich der Tragweite dieser Empfehlung gegenüber der Forderung der Marine und der außerpreußischen Bahnärzte voll bewußt.

Zu Punkt a und b der Zeitlmannschen Ausführungen zeigt Referent den bayerischen Zugverbandkasten vor, bei dessen Herstellung die praktischen Erfahrungen sowie die Fortschritte der Technik berücksichtigt wurden, und ersucht die Anwesenden, ihr Urteil darüber abzugeben und etwaige Verbesserungsvorschläge zu machen.

Nach einer kurzen Diskussion, in welcher Blume an Stelle der Trikotschlauchbinden Gurte mit Schnallen empfiehlt, werden einstimmig folgende Beschlüsse gefaßt:

a) Die Anforderungen an die Tauglichkeit und die Untersuchungsmethoden bei der Annahme von Bahnbediensteten sind einheitlich zu regeln. Der engere Ausschuß wird beauftragt, die einschlägigen Fragen zu prüfen und den Verwaltungen Vorschläge zu machen.

b) Der engere Ausschuß soll den Verwaltungen empfehlen, die von der bayerischen Verwaltung demnächst einzuführenden neuen kleinen Zugverbandkästen, welche vom Verbande D. B. Ä. für sehr praktisch gehalten werden, probeweise einzuführen. Auch möchten die Verwaltungen diese Kästen bei Einführung der Betriebsmittelgemeinschaft berücksichtigen, allmählich einführen oder wenigstens im Interesse der Gleichheit das System der Einzelverbände übernehmen.

VII. Bericht der Kommission Hager, Davidsohn, Vogel, Ramm.

a) Über Gründung eines eigenen Vereinsblattes.

b) Über den Anschluß an den Deutschen Ärztevereinsbund und über das Verhältnis zum Ärztevereinsblatt. Hierzu kurzer Rückblick von Herzfeld-Berlin (Halle).

Der Vorsitzende der Kommission Herr Hager berichtet, daß die Kommission einstimmig beschlossen habe, einen anderweitigen Modus der Veröffentlichung der sämtlichen Verhandlungen des Verbandes und der Vereine der Versammlung vorzuschlagen. Es liegen drei Vorschläge vor:

1. Richard Schoetz-Berlin,
2. Dr. Röpke-Melsungen,
3. H. Becker-Wien.

Der engere Ausschuß wird diese drei Vorschläge sämtlichen Verbandsmitgliedern durch Umdruck zugängig machen (ist bereits geschehen). Die Vota der Vereine sollen bis 1. September dem Vorsitzenden mitgeteilt werden. Die Versammlung beschließt dementsprechend, nachdem sich die Mehrzahl der Mitglieder für den Röpkeschen Vorschlag ausgesprochen hatte.

Zu b). Herr Hager macht den glücklichen Vorschlag, da die Angelegenheit betreffend Ärztevereinsblatt durch die einstimmige Annahme des Protokolls als erledigt zu betrachten sei, und nachdem Herr Herzfeld auf Hagers Anfrage mit Freuden auf seinen historischen Bericht verzichtet hat, diese Frage von der Tagesordnung als erledigt abzusetzen. Dieser Vorschlag wird einstimmig angenommen.

VIII. Antrag Löwenthal.

„Untersuchungen von Bahnbediensteten an anderen Wohnorten als am Wohnorte des Bahnarztes sind unzulässig."

Herr Löwenthal begründet denselben.

Die Versammlung beschließt, daß Fragen dieser Art nur nach den lokalen Verhältnissen zu regeln seien.

Generelle Beschlüsse hierüber werden nicht gefaßt.

IX. Rechnungslegung über den Druck der Metzer Verhandlungen (Ref. Stich.)

Herr Stich legt die Rechnung über den Metzer Verhandlungsbericht vor und überreicht dem Verbandskassenführer die Summe von 78,93 Mk.

X. Kassenbericht (Ramm).

Der Kassenbericht und die Kasse sind durch die Herren Löwenthal und Wächter geprüft worden.

Auf Antrag der Revisoren wird dem Kassenführer Entlastung durch die Versammlung erteilt.

XI. Wahlen.

Herr Löwenthal beantragt Akklamation des bisherigen Vorstandes.

Da auf die Anfrage des Vorsitzenden sich hiergegen kein Widerspruch erhebt, nehmen die einzelnen Vorstands-Mitglieder mit Dank die Wahl an. Zum Schluß wird Herr Vogel als Vertreter des Großherzoglich Hessischen Bahnärztlichen Vereins Mainz statutenmäßig als zum engeren Ausschuß gehörig anerkannt. Schw.

Protokoll über die Vorstandssitzung des bahnärztlichen Vereins des Direkt.-Bezirks Halle a. S. am 26. März 1905

zu Berlin in der Wohnung des Vereinsvorsitzenden.

Anwesend: die beiden Vorsitzenden, die beiden Schrift- und der Kassenführer, als Gast der Vertreter der Kgl. Eisenbahndirektion Herr Reg.-Assessor Mantell-Halle a. S.

Vor Eintritt in die Tagesordnung gedenkt Vorsitzender zweier in den letzten Wochen verstorbener Kollegen, Dr. Jacobsohn-Berlin und San.-Rat Dr. Satlow-Leipzig-Gohlis, beiden Herren Worte warmer Anerkennung widmend, namentlich dem letzteren, der jahrelang in unserm Verein als erster Vorsitzender gewirkt und als solcher in schweren Zeiten nach dem Abgange des Geh. Rat Fielitz-Halle manche Differenzen durchzukämpfen hatte und die Interessen der Vereinsmitglieder allzeit auf das beste zu wahren verstand; das Andenken an beide Kollegen wird durch Erheben von den Plätzen geehrt.

Die Tagesordnung betraf zunächst:

I. Besprechung der neuen Vertragsformulare für Anstellung von Bahnärzten und Bahnkassenärzten, wie solche nach dem Erlaß des Herrn Ministers vom 28. Februar 1905 jetzt eingeführt werden sollen. Die Direktion Halle a. S. will alle eventuellen Vergünstigungen gegenüber den laufenden Verträgen bereits vom 1. April a. c. an gelten lassen, ohne die jetzigen Verträge selbst z. Z. zu ändern. Vorsitzender hebt die wichtigsten Neuerungen aus den Verträgen hervor. Bezüglich des Samariterunterrichts spricht sich der Vereinsvorstand dahin aus, daß im allgemeinen acht bis zehn Unterrichtsstunden behufs erstmaliger Instruktion zu erteilen sein würden und hierzu jedesmal nicht mehr als zehn bis zwölf Beamte, bzw. Bahnarbeiter zuzulassen seien, bei Wiederholungen sollen weniger Stunden genügen und etwas mehr Leute eventuell teilnehmen können. Es werden für Gutachten in Unfallversicherungs-Angelegenheiten für Arbeiter je 5 M. gezahlt werden; gefragt wird, ob das gleiche Honorar bei analogen Gutachten nicht auch für Beamte zugebilligt werden müsse. Alle sonstigen wesentlichen Verbesserungen in den neuen Verträgen werden allseitig mit Dank anerkannt. Auf die Anfrage des Herrn Vertreters der Kgl. Direktion, zu welchem Termine die jeweilige Zahl der Beamten, bzw. Arbeiter für jeden Kurbezirk und jeden Bahnarzt festgestellt werden solle, einigt man sich auf den 1. Juli; die Anweisung des danach zu bemessenden Honorars würde dann für die Beamten jedesmal am 1. April, für Kassenmitglieder am 1. Januar erfolgen.

II. Eingänge und Bekanntmachungen: Vorsitzender gedenkt, entnommen der „Zeitung des Vereins deutsch. Eisenbahnverw.", zahlreicher neuer Veröffentlichungen in der Alkoholfrage, erwähnt weiterhin einen Ministerialerlaß vom 24. Dezember 1904, betr. die Dienstkleidung der preußischen Bahnbeamten, ferner ein Verbot des Verkaufs von Branntwein in den Bahnhofswirtschaften zur Nachtzeit, verbreitet sich weiterhin über die neuen vierachsigen Personenwagen dritter Klasse mit Einrichtung zur Krankenbeförderung, ferner über Krankentransportbetten, mit denen neuerdings im Direkt.-Bezirk Stettin die Stationen Stargard und Stralsund ausgerüstet worden sind, ferner über Unfallverhütungsvorschriften für den preußisch-hessischen Eisenbahndienst, über Verwendung von Hilfszügen auf Privatbahnen, über eine neue Art der Reinigung von Eisenbahnwagen mittelst einer Luftsauge-Einrichtung, mit der im Sommer 1904 auf Bahnhof Grunewald bei Berlin unter Leitung des Geh. Baurat Bork sehr günstige Versuche angestellt worden sind; endlich gibt derselbe verschiedene Mitteilungen und Schilderungen von dem neu gegründeten Invalidenheim in Jenkau bei Danzig, welches der Verein in diesem Jahre gelegentlich der diesjährigen Jahresversammlung in Zoppot persönlich kennen zu lernen in Aussicht genommen hat.

III. Verschiedene Beschwerden und Wünsche von Vereinsmitgliedern werden zur Sprache gebracht, die teils durch Einführung der neuen Bahnarztverträge (cf. Punkt I) in befriedigender Weise Abstellung finden werden, teils nach den Mitteilungen des Herrn Dir.-Vertreters durch Amtsblattverfügungen Berücksichtigung finden sollen, bzw. zurzeit schon gefunden haben. Im Anschluß macht Herr Assessor Mantell nähere Mitteilungen über ausgedehntere Bewilligung von ständigen Freikarten an die Vorsitzenden des Bahnarztvereins, bzw. Freifahrtscheinen im Bedarfsfalle an die übrigen Vorstandsmitglieder. Der unterzeichnete Schriftführer regt die Frage an, ob es nicht angängig sei, in ähnlicher Weise, wie im Bahnarztverein Magdeburg geschehen, an Vereinsmitglieder, die sich das Herzfeldsche „Handbuch der bahnärztl. Praxis" anschaffen möchten, anteilig einen gewissen prozentualen Beitrag hierzu aus der Vereinskasse zu gewähren. Der Gedanke findet Anklang und soll auf der nächsten Vereinsversammlung in Zoppot nochmals vorgebracht werden.

IV. Kassenbericht: Zu dem letzten Kassenbestande von 488,90 M. im September 1904 in Schreiberhau kamen noch vier Beiträge à 3 M. = 12 M., der Bestand betrug danach also 500,90 M. Die sehr bedeutenden Ausgaben besonders für Druckkosten betrugen in Summa 267,55 M. Es ist also ein Vermögen von 233,35 M. vorhanden. Es wird in Erwägung gezogen, ob es sich nicht empfehlen dürfte, den Mitgliedsbeitrag um ein geringes in Zukunft zu erhöhen. Ferner regt der Kassenführer die Frage an, eine Änderung im Kassenjahre herbeizuführen, dieses nicht vom April bis April zu berechnen, vielmehr aus gewissen Gründen mit dem Kalenderjahre zusammenzulegen.

V. Beschlußfassung über die diesjährige Jahresversammlung des Vereins in Zoppot. In Aussicht genommen werden die Tage vom 23. August bis 25. August a. c. Ort und Zeit der Sitzung wird rechtzeitig später (längstens bis Anfang August) den Herren Kollegen, soweit sie Mitglieder des bahnärztlichen Vereins sind, durch den Unterzeichneten bekannt gegeben werden. Über die einzelnen Tage ist an folgendes speziellere Programm gedacht:

Am 23. August vormittags: Vereinssitzung in Zoppot mit voraussichtlich folgender Tagesordnung:

1. Geschäftliches und Eingänge. 2. Kassenbericht und -revision. 3. Dr. Köhler-Leipzig: über die neue Reichsarzneitaxe. 4. Antrag des Vorstandes auf geringe Erhöhung der Mitgliedsbeiträge und Verlegung des Geschäftsjahres. 5. Referate: a) über die Ausschußsitzung des Verbandes deutscher Bahnärzte am 14. Mai 1905 in Eisenach (Ref. Herzfeld-Berlin), b) kurze Übersicht über die seitens des Ministeriums und der Direktion erlassenen Verfügungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtsflege (Ref. Peschek-Pegau). 6. Antrag des Vorstandes auf eine Ergänzung der Vereinsstatuten behufs Erteilung der Ehrenmitgliedschaft an frühere verdiente Vereinsmitglieder. 7. Sanitätsrat Herzfeld: über Dienstkleidung der Eisenbahnbeamten.

Danach gemeinsames Mittagessen, an dem vollzählig teil zu nehmen die Herren Kollegen dringend gebeten werden. Auch die mit erschienenen Damen der verheirateten Kollegen sind bestens willkommen.

Am 24. August vormittags: Fahrt nach Jenkau und Besichtigung des Invalidenheims; danach Vortrag des Herrn Reg.-Assessors Mantell-Halle a. S.: über Invaliditäts- und Altersversicherung.

Am 25. August: Gemeinsamer Ausflug nach Danzig und der Marienburg.

VI. Bericht über erlassene Verfügungen auf dem Gebiete der Wohlfahrtspflege:

Der Vorsitzende läßt durch Kollegen Clemens eine Anzahl Ministerialerlasse zur Vorlesung bringen, die sämtlich beredtes Zeugnis dafür ablegen, in wie hohem Maße dem Herrn Minister die Fürsorge für Beamte und Bahnarbeiter seit Anbeginn seiner Amtsführung am Herzen liegt. Den Haupterlaß vom 26. Januar 1905 lasse ich auf besonderem Wunsch unseres Vorsitzenden am Schluß dieses Protokolls unverkürzt zum Abdruck bringen. Weitere Erlasse beziehen sich auf Einrichtungen in Gepäckwagen zum Wärmen und Zubereiten von Speisen für das Zugpersonal, auf Weitergewährung des Lohnes bei unverschuldeter Dienstversäumnis, z. B. bei Einberufung zu militärischen Übungen u. a. m., auf Erweiterung der Freifahrtberechtigung für Bahnbedienstete und deren Angehörige bei Fahrten zum Arzt, behufs Einkaufs von Lebensmitteln usw. in der nächsten größeren Stadt, bei Fahrten nach Bade- und Erholungsorten, bei Reisen zum Anpassen von Bandagen, Brillen usw., endlich auf die Gewährung freien Leichentransportes, wenn der Tod außerhalb des Dienstortes erfolgt ist.

Gegen $6^1/_2$ Uhr nachm. Schluß der Sitzung.

Schließlich soll nochmals darauf hingewiesen werden, daß die Gewährung von freier Fahrt zu den Jahresversammlungen unseres Vereins wie auch zum Besuche der jedes zweite Jahr stattfindenden Verbandstagen Deutscher Bahnärzte lediglich an Mitglieder bahnärztlicher Vereine erfolgen kann. Alle diejenigen Kollegen, die zwar Bahnärzte im Dir.-Bez. Halle sind, aber noch nicht unserem Vereine als Mitglieder angehören, tun daher im eigensten Interesse gut daran, dem bahnärztlichen Vereine beizutreten.

Die Nachbarkollegen solcher Herren bittet der unterzeichnete Schriftführer die Namen und den Wohnort derselben ihm gefl. mitzuteilen, damit dieselben zum Beitritt aufgefordert werden können.

Pegau bei Leipzig, den 15. April 1905.

Dr. med. Peschek,
I. Schriftführer des Vereins.

Bericht über die V. Jahresversammlung des Vereins der Bahn- und Kassenärzte im Bezirke der Königlichen Eisenbahn-Direktion Münster am 22. Juni 1905 in Osnabrück.

Erschienen waren zu der am 22. Juni 1905, abends 7 Uhr, beginnenden Versammlung im Kleinen Saale des „Großen Klubs" in Osnabrück 43 Kollegen aus allen Teilen des Bezirks, ferner Herr Regierungsassessor Seydel-Münster als Vertreter des Eisenbahndirektionspräsidenten Herrn Pannenberg-Münster für den durch Beurlaubung verhinderten Herrn Regierungsrat Pütter-Münster, sowie Herr Eisenbahnbau- und Maschineninspektor Ihlow-Osnabrück.

Eine begrüßende Ansprache des Vorsitzenden Herrn Geh. Sanitätsrat Dr. Isermeyer-Osnabrück bildete den Anfang der Versammlung. Auf diese Begrüßung antwortete Herr Regierungsassessor Seydel, überbrachte den Gruß des Herrn Eisenbahndirektionspräsidenten und gab dem Wunsche eines ferneren friedlichen und gedeihlichen Einvernehmens zwischen der Eisenbahnverwaltung und den Bahn- und Kassenärzten Ausdruck.

Hierauf erstattete der Herr Vorsitzende folgenden Geschäftsbericht:

„Am 16. Juni v. J. tagte unser Verein unter äußerst reger Beteiligung im Bade Oeynhausen. Jeder der Teilnehmer wird sich gewiß des Tages, der mit dem Abstecher nach der Porta Westfalica würdig endete, gern und mit Freuden erinnern. Unser bisheriger Schriftführer hat Ihnen allen in dichterisch angehauchter Stimmung Bericht erstattet. — Seitdem hat mancher Wechsel innerhalb des Vereins stattgefunden, größer denn je. Teils durch Tod abberufen, wie die Kollegen in Ottersberg und Lippstadt, zu deren Ehren ich Sie bitte, sich von den Plätzen zu erheben, — teils durch Niederlegung ihres Amtes oder Verzug aus dem Direktionsbezirke ist eine größere Zahl von Kollegen ausgeschieden. Zu letzteren gehört auch unser bisheriger Schriftführer, Kollege Prölß in Scheeßel, der von der Konstituirung unseres Vereins an seines Amts als Schrift- und Kassenführer nach seinen besten Kräften gewaltet hat, jetzt als Kreisassistenzarzt nach Bremervörde verzogen ist. Auch die neue Abgrenzung des Direktionsbezirkes hat Änderungen im Bestande der Bahnärzte hervorgerufen; es sind bisherige Mitglieder ausgeschieden, neue hinzugekommen. — Vor allem aber müssen wir des Ausscheidens des Herrn Ober-Regierungsrats Middendorf gedenken, der als Dezernent der Direktion besonders befähigt und bestrebt war, die Ziele und Aufgaben unseres Vereins an maßgebender Stelle zu fördern. Der Vorstand hat es für seine Pflicht gehalten, ihm im Namen des Vereins für seine Verdienste zu danken. Sein Antwortschreiben liegt zur Einsicht auf. — An dessen Stelle ist Herr Regierungsrat Pütter getreten, der lebhaft bedauert, durch seine Urlaubsreise verhindert zu sein, an unsern heutigen Verhandlungen teilnehmen zu können. Ich habe die begründete Berechtigung und fühle mich verpflichtet zu der Erklärung, daß unser Verein sich glücklich schätzen kann, einen solchen Vermittler im Verkehr mit der Königlichen Eisenbahndirektion gefunden zu haben.

Innerhalb des Rechnungsjahres fällt die alle zwei Jahre wiederkehrende Tagung des allgemeinen Deutschen Bahnärzte-Verbandes in Metz in den allen Teilnehmern unvergeßlichen Tagen des 10.—12. August 1904, worüber Ihnen allen der offizielle Bericht zugegangen ist, ebenso die jährliche Sitzung des Ausschusses deutscher Bahnärzte auf der Wartburg bei Eisenach am 14. März d. J. Aus dieser teile ich Ihnen folgendes mit:

Von allgemeinem Interesse sind für uns die Schreiben Königlicher Eisenbahn-Direktion vom 11. Oktober 1904 und 25. Februar 1905 betr. Bekämpfung des Alkoholismus, ferner die Mitteilungen über das neuerbaute und kürzlich eingeweihte „Eisenbahnheim Borkum" vom 7. und 25. April d. J., sowie die des Bezirksvorstandes der Arbeiter-Pensionskasse über die Ergebnisse des Heilverfahrens im Jahre 1904. — Ich lege dieselben zur gefälligen Einsicht auf. — Als Beweis dafür, wie an maßgebender Stelle die Aufgabe der bahnärztlichen Vereine gewürdigt und anerkannt wird, verweise ich auf den § 9 des neuen Vertrags-Formulars, in welchem erklärt wird, daß bei etwaigen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Bahnärzten und Königlicher Eisenbahn-Direktion der Vorstand des Vereins gutachtlich gehört werden soll. Ich benutze diese Gelegenheit, um die Herren Kollegen nochmals besonders darauf aufmerksam zu machen, daß sie bei allen etwaigen Wünschen und Anträgen dienstlicher Art sich stets zunächst an den Vorstand, als den berufenen Vertreter ihrer Interessen wenden mögen.

Über das Ergebnis der vor drei Jahren beschlossenen statistischen Erhebung über die bahn- und bahnkassenärztlichen Leistungen will ich lieber hinweggehen. Es ist noch nicht einmal der dritte Teil der Kollegen seinen Verpflichtungen nachgekommen.

Bezüglich letzteren Punktes wurde durch Abstimmung beschlossen, von der weiteren Fortsetzung der Statistik vorläufig abzusehen.

Über den augenblicklichen Kassenbestand berichtete Dr. Freund-Osnabrück. Der von Dr. Freund gestellte Antrag: vom 1. Januar 1906 an das Rechnungsjahr des Vereins mit dem bürgerlichen Jahre vom 1. Januar bis 31. Dezember incl. laufen zu lassen, wurde angenommen. Dieser Änderung entsprechend soll die Entlastungserteilung für das Rechnungsjahr 1904—1905 erst am Ende dieses Jahres durch eine aus drei Mitgliedern des Vereins bestehende Kommission nach Verhandlung auch mit dem früheren Rechnungsführer erfolgen.

Als Jahresbeitrag wurden wie bisher drei Mark festgesetzt. Ferner wurde der Beschluß gefaßt, die demnächst unter der Redaktion des Dr. med. Roepke-Melsungen erscheinende „Zeitschrift für den Verband deutscher Bahnärzte" als Vereinsblatt anzuschaffen. Durch einen Zuschlag von zwei Mark zu dem Jahresbeitrage wird demnächst jedes Mitglied des Vereins Abonnent der genannten Zeitschrift.

Durch Auslosung schied das Mitglied des Vorstands Herr Geh. San.-Rat Dr. Isermeyer aus dem Vorstande aus, wurde jedoch bei der darauf stattfindenden Neuwahl wiedergewählt.

Für den aus dem Vorstande wegen Versetzung nach Bremervörde ausscheidenden langjährigen Schriftführer Dr. Prölß wurde Dr. Freund-Osnabrück in den Vorstand gewählt.

Als Ort für die nächste Jahresversammlung wurde unter der Voraussetzung der Bewilligung freier Eisenbahnfahrt dorthin, Cassel in Aussicht genommen. Von Cassel aus soll ein Ausflug

nach der Eisenbahnheilstätte Stadtwald-Melsungen unternommen werden, zwecks Besichtigung der Heilstätte.

Der 7. Punkt der Tagesordnung „Bericht über den Stand der Erhöhung des bahnärztlichen Honorars" hatte schon zu Anfang der Versammlung seine Erledigung gefunden durch die freudig aufgenommene Mitteilung der Honorarerhöhung auf vier bzw. zwölf Mark. Den meisten der Herren Kollegen war schon vor der Versammlung durch die Direktion offiziell die Mitteilung über die Honorarerhöhung zugegangen.

Über das Thema: „Verhalten des Bahnarztes gegenüber den Unfallverletzten" äußerte sich der Vorsitzende in dem auf Seite 317 dieser Nummer abgedruckten Vortrage.

Nach der Versammlung, welche gegen $^3/_4$9 Uhr ihr Ende erreichte, fand im Großen Saale des Klubs ein in jeder Beziehung vorzügliches Abendessen statt, bei welchem Keller, Küche und vor allem eine behagliche und gemütliche Stimmung nichts zu wünschen übrig ließen.

Berufspflichten bestimmten einen größeren Teil der Kollegen schon in der Nacht vom 22. auf 23. Juni wieder in den ärztlichen Wirkungskreis zurückzukehren. Ein anderer Teil der Teilnehmer an der Jahresversammlung fand sich am folgenden Morgen zu einer Tour zusammen, teils nach dem Soolbade Rothenfelde, dessen Hospitäler, Badeeinrichtungen usw. einer eingehenden Besichtigung unterzogen wurden, teils zu einer Bergwanderung über den waldreichen großen und kleinen Freden, über Iburg, den Dörnberg nach der Georgsmarienhütte. Auf der Georgsmarienhütte vereinigte noch einmal ein gemeinsames Mittagsmahl die Teilnehmer der Versammlung. Dieses Mittagsmahl, an welchem zu aller Freude wohl zum erstenmale seit dem Bestehen des Vereins eine Anzahl Damen teilnahmen, fiel ebenfalls zur allgemeinsten Zufriedenheit aus und bildete den Schlußteil der diesjährigen Tagung.

Abends gegen 6 Uhr trennte man sich auf dem Hauptbahnhofe in Osnabrück mit einem „Auf frohes Wiedersehen im nächsten Sommer in Cassel"!

gez. Dr. Freund-Osnabrück. gez. Dr. Isermeyer-Osnabrück.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am 20. Juli.

Vortrag des Herrn E. Joseph über „Krankentransportwesen und die Neuorganisation desselben in Berlin." Im Zusammenhange mit der wachsenden Inanspruchnahme der Krankenhäuser und Sanatorien steht die steigende Benutzung der Krankenwagen. Bisher freilich werden von 200 Kranken, die täglich in Berlin des Transportes bedürfen, nur 60 bis 70 wirklich in Krankenwagen befördert, die übrigen benutzen Droschken oder öffentliche Verkehrsmittel. Der Transport wird nach den Erhebungen des Redners in verschiedenen Städten ausgeführt: 1. von gewerblichen Unternehmern, 2. humanitären Gesellschaften, 3. von den Städten selbst. Einige von den letzteren befördern nur ansteckende Kranke, z. B. London, das in sechs Depots nur Wagen für Infektionskranke bereit hält und jährlich eine halbe Million für derartige Transporte ausgibt; andere auch sonstige Kranke. Schon eine Polizeiverordnung von 1740 verbot für Berlin den Transport der ansteckenden Kranken mittelst öffentlicher Verkehrsmittel. In Hamburg steht seit der Choleraepidemie der gesamte Transport in städtischer Regie, in Frankfurt a. M., in Wien und anderen Städten unter der Leitung besonderer Rettungsgesellschaften. Was nun Berlin betrifft, so wendet hier die Stadt selbst dem Krankentransport keine Fürsorge zu, sondern derselbe wird ausgeführt durch eine humanitäre Gesellschaft, den Verband für erste Hilfe und die gewerblichen Unternehmer. Die erstere sucht diese, von den folgenden Überlegungen ausgehend, abzulösen und hat zu diesem Zwecke eine völlige Neuordnung des Krankentransportwesens geschaffen.

1. Bei den gewerblichen Unternehmern wird keine genügende Unterscheidung zwischen ansteckenden und nicht ansteckenden Kranken durchgeführt. Vor Ausführung des Transportes ist häufig nichts über die Infektiosität bekannt, obwohl diese vorhanden ist. Ihre für ansteckende Krankheiten bereitgestellte Wagen sind nicht ausreichend.
2. Die gewerblichen Unternehmer bieten für Arme, Krankenkassenmitglieder und Private verschiedene Arten von Wagen. Die Kosten des einzelnen Transportes betragen 10 bis 25 M.

Demgegenüber besteht die vom Verbande für erste Hilfe ausgeführte Reform in der prinzipiellen Desinfektion nach jedem Transport. Alle Wagen, Wäsche, Tragen werden in einem von einem Sachverständigen für ausreichend befundenen Grade desinfiziert. Jedes Depot ist entsprechend eingerichtet. Zweitens ist es das Bemühen des Verbandes, für alle Kranke einen Einheitspreis festzusetzen und die Unbemittelten kostenlos zu transportieren. Da nun aber infolge der prinzipiellen Desinfektion die Selbstkosten des einzelnen Transportes 7 M. betragen, so ist vorläufig die Ermäßigung des Preises nicht ausführbar. Vielmehr ist unter Zugrundelegung der bisherigen Frequenz (30 bis 40 Transporte täglich) für den Verband ein erhebliches Defizit zu erwarten, welches nach des Vortragenden Meinung von der Stadt oder der freiwilligen Liebestätigkeit zu decken ist, welche letztere ja auch auf dem Gebiete des Lungenheilstättenwesens Großartiges leistet. Ferner ist der Verband bestrebt, nur Wagen der besten Konstruktion zuzulassen, die Verbindung der Technik derselben mit der Desinfektion ist schwierig und fordert zu weiteren Versuchen im Wagenbau heraus. Die Tragen sind entsprechend den Berliner Hinterhäusern hergestellt, vielfach werden Stuhl-Liegetragen verwendet. Das Personal wird von Ärzten ausgebildet, zu denen Prof. George Meyer und Redner gehören; es erhält genaue Dienstvorschriften, auf deren Befolgung streng geachtet wird. Übungs- und Repetitionskurse festigen seine Kenntnisse. Für die Desinfektoren besteht eine besondere Schulung und Reglement. Der gesamte Dienst steht unter dauernder ärztlicher Kontrolle. Besonderes Interesse wendet der Verband dem Transport kranker Kinder zu, für welche eigene Wagen konstruiert sind. Alle diese Maßnahmen haben beim Polizeipräsidium vollstes Verständnis und Entgegenkommen gefunden.

Dem gewandten und flüssigen Vortrage folgte eine lebhafte Diskussion.

Körting fragt an, ob die Gesellschaft die geschilderten Einrichtungen besichtigen könnte. Ferner wünscht er Auskunft über die Gesamtfinanzierung des Unternehmens zu erhalten; durch die Desinfektion erleiden Wagen und Gerätschaften starke Abnützung, die in den Etat einzustellen sei. Außerdem erkundigt er sich nach Art und Ausbildung des Personals. W. Becher verwirft die freiwillige Liebestätigkeit in einem so wichtigen Zweige der öffentlichen Gesundheitspflege. Es ist Aufgabe der Stadt, den gesamten Krankentransport zu übernehmen, besonders jetzt, da eines der größten Krankenhäuser (Virchow-Krankenhaus) an der Peripherie erstanden sei. Schon jetzt leistet die Stadt bedeutende Beiträge sowohl zur Beförderung der Armen als auch zum Transport der Schwangeren vom städtischen Obdach nach der Universitätsfrauenklinik. Jetzt seien auch Verhandlungen betreffs der Übernahme des gesamten Rettungswesens durch die Stadt geführt worden. Becher beanstandet den Einzelpreis von 10 M.; nur durch eine bedeutende Verbilligung ist die steigende Benutzung zu erreichen. Selbstverständlich müßten die Begüterten einen höheren Preis zahlen bei der Übernahme durch die Stadt.

Grotjahn befürwortet ebenfalls die Verstadtlichung des Krankentransports. Sodann betont er die Notwendigkeit einer diesbezüglichen Reform und Zentralisation auf dem platten Lande. Hier müßten die Kreisverbände die Sorge für Krankenwagen oder auch nur Tragbahren übernehmen, um den Transport nach dem Kreiskrankenhaus zu erleichtern und zu ermöglichen. Besonders seien die Krankenkassen verpflichtet, sich hier zu betätigen. Guttstadt gibt ebenfalls die Notwendigkeit einer Reform des Krankentransportwesens auf dem Lande zu. Auch die Eisenbahn kommt als Beförderungsmittel in Betracht. Die Droschkenkutscher in Berlin wissen sich der polizeilichen Vorschrift, die das Fahren der ansteckenden Kranken verbietet, geschickt zu entziehen, indem sie weitab vom Krankenhause halten und den Kranken dorthin zu Fuß gehen lassen. Für den Fall einer Epidemie reichen die bisherigen Vorkehrungen nicht aus. Nach seiner Beobachtung wurden 1866 in der Choleraepidemie die Kranken in Körben transportiert. Infolge der damaligen Erfahrungen begünstigte die Polizei die gewerblichen Krankenwagenbesitzer. Guttstadt empfiehlt die Bildung einer Kommission zur Sammlung des gesamten einschlägigen Materials und zur Beratung der zweckmäßigen, praktischen Maßnahmen auf dem Gebiete des Krankentransportwesens.

Joseph. Die Besichtigung durch die Mitglieder der Gesellschaft soll gern stattfinden. Nach dem jetzigen Geschäftsgange ist ein jährliches Defizit von 20000 M. zu erwarten. Indessen ist auf bedeutend erhöhte Inanspruchnahme zu rechnen. Die Kosten der Abnützung sind sehr groß, die Utensilien, Wäsche, der Lack werden von der Desinfektion mitgenommen. Das Personal setzt sich zusammen aus geprüften Krankenpflegern, die noch für diese Zwecke besonders ausgebildet werden; vor ihrem Dienstantritt müssen sie sich der Impfung unterziehen, eine Maßnahme, die sich erst jüngst beim Transport eines Pockenkranken bewährte. Bei jedem kranken Erwachsenen werden Kutscher und Begleiter gestellt, bei Kindern fährt dieser nur auf Wunsch mit. Joseph sieht auch in der Verstadtlichung die beste Lösung, doch warnt er vor Hoffnungen, die Becher angeregt hat. Nach seinen besten Informationen besteht bei der städtischen Verwaltung keine Absicht, den Krankentransport in eigene Regie zu nehmen. Im Gegenteil sei die jetzige Neuordnung durch den Verband für erste Hilfe auf Anraten der Stadträte entstanden, die im Verbande Mitglieder sind.

W. Becher beanstandet das Defizit von 20000 M. als viel zu hoch. Bisher haben doch die gewerblichen Unternehmer nicht allein kein Defizit, sondern bedeutende Überschüsse gehabt, und sie bestehen noch weiter.

Die Diskussion schließt mit einem Streifzuge auf das Gebiet des Rettungswesens: Becher weist auf den bedeutenden Zuschuß hin, welchen die Stadt hier leistet; es bestehe ein Überfluß an Wachen, deren Kosten um ein Drittel, ja sogar um die Hälfte reduzierbar seien; Joseph erinnert daran, daß die nur nachts tätigen Sanitätswachen von der Stadt weit reichlicher unterstützt werden, als Unfallstationen und Sanitätswachen.

Der hygienische Fortschritt der Neuordnung, welcher hauptsächlich in der jedesmaligen Desinfektion besteht, ist entschieden anzuerkennen, ihm gegenüber steht aber die Verteuerung und das ist vom hygienischen Standpunkte aus als ein schwerer Nachteil aufzufassen. Ist denn nun die jedesmalige Desinfektion unbedingt erforderlich? Beim Transport kranker Kinder gewiß. Aber den benötigen zumeist die Armen oder Krankenkassenmitglieder, er müßte hier kostenlos ausgeführt werden, um nicht die für Kinder in Berlin besonders schwierige Krankenhausaufnahme noch weiter zu erschweren. Was aber die Erwachsenen betrifft, so genügt bei Geisteskranken, Betrunkenen, Unfallverletzten, Kranken, die zur Operation eingeliefert werden, eine gründliche Säuberung des Wageninhaltes.

Genaue Erhebungen über die Art der Krankheiten, die den Transport bedingten, hätte der Verband vor der Neuordnung anstellen müssen. Ist es notwendig, die Erscheinung zu fördern, daß urämische Kranke von Moabit nach dem Krankenhause am Friedrichshain reisen? Mit der Krankenhausnot hängt die Transportnot eng zusammen. Ist es denn nicht möglich, jeden Kranken dem nächstgelegenen Krankenhause des Bezirks zu überweisen?

Ferner, welche Summen geben die Krankenkassen jährlich für Krankentransporte aus? Erfolgt derselbe in der Versicherungspraxis, weil der Kranke keine oder keine genügende Wohnung besitzt, oder weil die an ihm erforderliche ärztliche Leistung gar nicht oder zu gering von dem Kassenvorstand honoriert wird, oder weil auf einen Arzt zu viel Kranke kommen? Die Neuordnung des Krankentransports ist in Berlin in einem Jahre erfolgt, in welchem die Kassenpatienten von 1000 Ärzten weniger als im vorigen Jahre behandelt worden, daher die vermehrte Inanspruchnahme der Krankenhäuser und des Krankentransportwesens. Das gegenwärtige Jahr darf also nicht zugrunde gelegt werden, wenn der Stadt die Übernahme des Krankentransports ans Herz gelegt werden soll.

Der Verband für erste Hilfe sucht die Krankenbeförderung völlig an sich zu ziehen, da die gewerblichen Unternehmer es unterließen, zu gemeinsamen hygienischen Fortschritten sich zusammenzutun. Wenn nun die Nachfrage für Krankenwagen geringer wird, muß das Defizit des Verbandes steigen oder der Preis des Einzeltransports sich erhöhen, beides auf Kosten der Berliner Bürger. Gerade durch diese Neuordnung ist die Verstadtlichung teurer geworden und meines Erachtens verschoben.

Eisenstadt.

Tagesgeschichte.

Blutvergiftungen und andere Vergiftungen als Betriebsunfälle.

Eine neuere Statistik über die Zahl der Betriebsunfälle, die auf Vergiftungen zurückzuführen waren, liegt nicht vor. Die erste und letzte stammt aus dem Jahre 1897 und ergibt, daß in diesem Jahre 165 versicherte Personen durch giftige Stoffe, Gase usw. verunglückten, von denen 111, also 67,27 %, den Folgen des Unfalles erlagen. Von diesen Unfällen kamen 38 auf die Knappschaftsberufsgenossenschaft, 22 auf die Berufsgenossenschaften der chemischen Industrie, 17 auf die Lederindustrie-Berufsgenossenschaft, der Rest, 15, auf die Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaften.

47 Unfälle wurden durch giftige Stoffe, 118 durch das Einatmen schädlicher Gase herbeigeführt. Ziehen wir die Zahl der 1897 durch Unfälle verletzten und entschädigten Unfälle (45971) und die tötlichen Verletzungen (4918) in Betracht, dann sind die 165 Unfälle, welche auf Vergiftungen zurückzuführen waren, äußerst geringfügig. Es kann aber kein Zweifel sein, daß viele derartige Unfälle überhaupt nicht angemeldet bzw. entschädigt wurden, weil ein Betriebsunfall nicht als vorliegend erachtet wurde, während anderseits die Grenze zwischen Gewerbekrankheiten, die auf das allmähliche Einwirken giftiger Stoffe zurückzuführen sind, und Betriebsunfällen, wo eine zeitlich bestimmbare, plötzliche Einwirkung giftiger Stoffe nachgewiesen werden muß, nicht immer scharf genug zu ziehen ist.

Fast in allen Betrieben können sich Blutvergiftungen ereignen. So verletzte sich der Spitzmaurer einer Papierfabrik beim Abrichten der Mühlsteine an Hand und Armen. In diese Wunden setzte sich der feine Sandstaub, der zudem noch arsenhaltige giftige Stoffe enthielt. (? Red.) Die Verletzungen, ebenso die Infektion trugen alle Merkmale eines Betriebsunfalls,

da sie sich in einer bestimmten, genau abgegrenzten Zeit abspielten. Ein anderer Maurer verletzte sich den Finger im Betriebe und trat auf unerklärliche Weise eine Blutvergiftung dazu. Diese war aber eine unmittelbare Folge der Verletzung, demnach waren auch hier die Kennzeichen des Betriebsunfalles vorhanden. Dagegen lag ein Betriebsunfall nicht vor, als ein Arbeiter sich beim Vespern in den Daumen schnitt, wozu eine Blutvergiftung trat. Hier konnte der Nachweis nicht erbracht werden, daß die Infektion bei und infolge der Betriebsarbeit erfolgte. Auf die oft lebensgefährlichen Folgen geringfügiger Verletzungen infolge Blutvergiftung machte überdies auch das Reichsversicherungsamt in seinem Rundschreiben vom 17. Juni 1890 aufmerksam, in dem besonders darauf hingewiesen wurde, daß die Folgen meist so schwere seien, weil diese kleinen Verletzungen von vornherein meist nicht beachtet wurden.

Auch die Übertragung von **Milzbrand** bei der Bearbeitung von Haaren milzbrandkranker Tiere wird in der Regel als Betriebsunfall zu gelten haben, falls nachgewiesen wird, daß diese Krankheitsstoffe plötzlich in den Körper eindrangen. Zweifelhaft könnte es dagegen sein, ob der Genuß **giftiger Fische** als Betriebsunfall zu gelten habe. Die Besatzung eines Segelschiffes erkrankte nach dem Genuß frisch gefangener Fische, dem ein Seemann erlag. Das Rekursgericht erwog, daß der Genuß frischer Fische bei langfahrenden Segelschiffen der Gesundheit und dem Betriebe förderlich sei, und daher von den Rhedern begünstigt werde. Wenn unter den Fischen zufällig einmal giftige seien, so käme eine Eigenheit der Meeresgefahr, also ein Betriebsunfall in Betracht. Auch beim Waschen von Schafen mit **arseniger Säure** nahm der Obergutachter einen Betriebsunfall an, weil die arsenige Säure beim Waschen in Wunden an den Händen drang und das Krankheitsbild alle Kennzeichen einer Arsenikvergiftung zeigte. Auch die Vergiftung durch eine **Fabrikapotheke** wurde als Betriebsunfall angesehen. In den Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaft war die Verabreichung von Magentropfen in gewissen Fällen ausdrücklich vorgesehen. Zufällig enthielten diese Strychnin. Die Hinterbliebenen wurden entschädigt, weil der Arbeiter durch eine Fabrikeinrichtung zu Schaden kam, also ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Unfall und Betrieb vorhanden war. Ja, selbst bei einer **Vergiftung aus Rache** seitens eines Mitarbeiters wurde ein Betriebsunfall bejaht. Ein Steinbrucharbeiter streute seinem Polier Arsenik ins Essen, daß in der im Steinbruch befindlichen Hütte aufbewahrt wurde. Die Tat des Arbeiters stellte sich als ein Racheakt dar, weil der Arbeiter annahm, daß der Polier den Arbeitgeber von der mangelhaften Arbeitsleistung des Täters in Kenntnis gesetzt hatte. Der Unfall wurde also durch den Betrieb nicht nur wesentlich begünstigt, sondern stellte sich auch sonst als Ausfluß der Betriebsgefahr dar, besonders da der Anlaß zu dem Racheakt im Betriebe lag. Auch **Insektenstiche** können unter Umständen Betriebsunfälle darstellen. Erforderlich ist es hier, daß die Anwesenheit giftiger Insekten von vornherein eine Betriebsgefahr darstellt oder die Insekten giftige Stoffe aufnehmen und diese auf den Menschen übertragen. So wurde ein Forstbeamter durch einen Insektenstich in einem insektenreichen Revier verletzt, ein Landwirt beim Bearbeiten mehrerer Dungstätten von einem Insektenstich getötet. In beiden Fällen handelte es sich um charakteristische Gefahren des Betriebes. Verneint wurde dagegen ein Betriebsunfall bei einem Maurer, der auf einem Neubau von einem Insekt gestochen wurde. Hier handelte es sich um eine Gefahr des gewöhnlichen Lebens, der alle gleichmäßig ausgesetzt sind, nicht also um eine dem Betriebe eigentümliche Gefahr.

Die allmähliche Einwirkung von **Kohlengasen** stellt in der Regel keinen Betriebsunfall dar, vielmehr handelt es sich hier meist um Gewerbekrankheiten, für welche das Kranken- bzw. Invalidenversicherungsgesetz eintritt. Handelt es sich aber um das Einatmen **plötzlich** auftretender Chlorgase, dann liegen unzweifelhaft die Kennzeichen des Betriebsunfalles vor. Auch die einmalige ausgiebige Einatmung der Feuergase einer Schmiedewerkstatt wurde als Betriebsunfall angesehen, weil diese Einatmung Mitursache schwerer Hirnveränderungen war, die in acht Wochen zum Tode führten. Dagegen wurde ein Betriebsunfall bei dem Verwalter einer Ziegeleikantine verneint. Dieser wurde während des Schlafes im Nebenzimmer durch Kohlengas vergiftet. Der Unfall hing weder örtlich, zeitlich, noch ursächlich mit dem Betriebe zusammen, da er sich weder während des Betriebes, noch in einem Betriebsraum, noch aus Ursachen ereignete, die mit dem Betriebe und seinen Gefahren in Verbindung stehen.

Die Kennzeichen vorliegender **Gewerbekrankheiten** wurden vorhin schon kurz berührt. Anlässig einiger Rekurse hat jedoch das Reichsversicherungsamt auch hierzu Stellung genommen und seine Auffassung in einer Reihe von Entscheidungen niedergelegt. So führte es die Entstehung der **Phosphornekrose** auf das Einatmen dieser Dämpfe bei mehrwöchentlicher Beschäftigung in dem betreffenden Betriebe zurück. Ein bestimmter Zeitpunkt der Einatmung giftiger Dämpfe war nicht zu ermitteln, zudem sei nachgewiesen, daß die Nekrose das Endergebnis einer längere Zeit andauernden Einwirkung von Phosphordämpfen sei, sich so also als Gewerbekrankheit darstelle. Auch bei **Bleivergiftungen** sprach sich das Reichsversicherungsamt dahin aus, daß diese weder unmittelbar noch zeitlich bestimmt erkennbar als Folge der Einwirkung giftiger oder schädlicher Stoffe auftreten. Ähnlich liegt dies bei Vergiftungen mit **Bleiweiß** und sonstigen giftigen Stoffen, wo die Erkrankung auf eine langandauernde Einwirkung dieser Stoffe auf den menschlichen Körper zurückzuführen ist. Das gleiche trifft auf **Lungenkrankheiten** zu, welche als Folge des Einatmens von phosphorhaltigem Thomasschlackenstaub und Ätzkalk auftreten. Überall fehlt hier das charakteristische Kennzeichen des Betriebsunfalles: die zeitlich bestimmte, plötzliche Einwirkung giftiger Stoffe auf den menschlichen Körper.

Das Preußische Seuchengesetz in seiner endgültigen Form.

Nach schweren Mühen ist das so notwendige Gesetz jetzt endlich zur Tatsache geworden, freilich nicht ohne daß der Entwurf im Herrenhause nochmals einige Abschneidungen erfahren hätte, wegen deren er das Abgeordnetenhaus ein weiteres Mal passieren mußte. Die Anzeigepflicht für Fälle, welche des Typhus, Wochenbettfiebers, Rückfallfiebers oder Rotzes verdächtig sind, ist beseitigt worden, ein Fehler, der sich besonders bei Typhus und Wochenbettfieber schwer rächen wird.

Das Gesetz ist zugleich mit seinem Erscheinen für die Genickstarre in Kraft getreten. Wann der Rest in Kraft treten wird, soll durch Königliche Verordnung bestimmt werden.

Zur Erkrankungs- und Sterblichkeitsstatistik des Eisenbahnpersonals

gibt H. **Becker**-Wien in der Zeitschrift für Eisenbahnhygiene eine Übersicht über den Zeitraum von 1897 bis 1903, in der die Hauptergebnisse aller österreichischen Betriebskrankenkassen in Erörterung gezogen werden. Es standen insgesamt 1 325 797 Bedienstete unter Beobachtung, und zwar 651 012 bei den Staats-, 674 785 bei den Privatbahnen. Es kamen 1 000 427 Erkrankungen überhaupt, 467 130 im Staats-, 533 297 im Privatbetriebe vor. Auf ein Mitglied entfielen durchschnittlich 13,7 Krankentage. Hierin haben wir das einfachste und deutlichste Maß der Morbidität, die das sonstige erfahrungs-

mäßige Durchschnittsergebnis von 7 Krankentagen ganz bedeutend überschreitet. Die Erkrankungen verteilen sich auf die einzelnen Dienstgruppen wie folgt:

Kanzleipersonal	5,14 %
Maschinenpersonal	6,73 %
Zugbegleitungspersonal	9,98 %
Stationspersonal	29,46 %
Streckenpersonal	38,12 %
Werkstättenpersonal	10,57 %

Die Krankheitsgruppen stellen sich folgendermaßen zusammen:

Infektionskrankheiten	14,09 %
Krankheiten der Verdauungsorgane	15,14 %
„ des Bluts	11,97 %
„ der Atmungsorgane	9,42 %
„ des Nervensystems	3,90 %
Verletzungen	8,84 %

An der Gruppe der Verletzungen ist das Werkstättenpersonal mit 16,10 %, das Maschinenpersonal mit 10,51 %, das Stationspersonal mit 9,79 %, das Zugbegleitungspersonal mit 8,13 %, das Streckenpersonal mit 7,18 % und das Kanzleipersonal mit 1,79 % beteiligt. Unter den Infektionskrankheiten stand die Tuberkulose, namentlich auch bezüglich der Todesfälle obenan. Von den 4649 in der Berichtsperiode vorgekommenen Sterbefällen waren 28,6 % durch Lungentuberkulose verursacht. Am günstigsten stellen sich die Erkrankungen an Tuberkulose beim Strecken-, am ungünstigsten beim Kanzleipersonal.

Die Gesamtmortalität der Bediensteten betrug 0,71 %.

Unfall-Statistik der österreichischen Eisenbahnen 1903.

Nach der vor kurzem erschienenen „Österreichischen Eisenbahnstatistik für das Jahr 1903“ ereigneten sich bei sämtlichen österreichischen Bahnen bei einer mittleren Betriebslänge von 20 284 km im Berichtsjahre insgesamt 2209 Unfälle, und zwar bei den staatlichen Bahnen (Betriebslänge 12 162 km) 1161, bei den im Privatbetriebe befindlichen (Betriebslänge 8122 km) 1048. Auf freier Strecke ereigneten sich 700, in Stationen 1509 Unfälle. Im Vergleich zum Jahre 1902 vermehrte sich die Zahl sämtlicher Unfälle um 286. Getötet wurden im ganzen 167, verletzt 1295 Personen; von diesen 1462 Verunglückten war 979 ein eigenes Verschulden zuzuschreiben, 483 verunglückten unverschuldet. Die Anzahl der getöteten Personen hat gegen das Jahr 1902 um 12 ab-, die der verletzten um 82 zugenommen. Auf je eine Million Reisende kamen im Jahre 1903 1,34 verunglückte Personen (1,29 im Staats- und 1,38 im Privatbetriebe), im Jahre 1902 1,19 verunglückte Personen (Staatsbetrieb 1,32, Privatbetrieb 1,03).

Um die Frage des Schadenersatzes für Schädigungen durch Infektion mit Syphilis

handelte es sich in einem Prozesse, der kürzlich in letzter Instanz entschieden worden ist. Den Schwerpunkt dieses Prozesses bildet die Frage: Gilt die ärztlicherseits erfolgte Gesunderklärung von einem Leiden als Bürgschaft gegen fahrlässige Übertragung desselben auf andere in widerrechtlicher Weise? Der Beklagte, ein Apotheker B. in Berlin, hatte im Frühjahr 1900 ein Liebesverhältnis mit der Klägerin. B., der seit zwei Jahren wegen Syphilis in Behandlung war, hatte Klägerin im Mai infiziert. Sie erkrankte schwer und wurde schließlich hochgradig nervös und arbeitsunfähig. Für den ihr hierdurch erwachsenen Schaden machte die Geschädigte Schadenersatzansprüche gegen B. geltend, gestützt auf § 823 B. G.-B. (fahrlässige Schädigung). Das Landgericht Berlin verurteilte den Beklagten zur Zahlung von 2900 M. Schadenersatz und einer monatlichen Rente von 150 Mk. Auf die Berufung des Beklagten gegen dieses Urteil wurden die Ansprüche vom Kammergericht in Berlin auf 1120 M. und 50 M. monatlich vorauszahlbar festgesetzt. In der vom Beklagten gegen das Berufungsurteil eingelegten Revision beim Reichsgericht hob er nochmals hervor, daß die Klägerin kein unbescholtenes Mädchen mehr gewesen sei und ihn kein fahrlässiges Verschulden treffen könne, da die drei ihn behandelnden Ärzte bereits im März 1900 ihn als vollständig geheilt erklärt hätten. Das Reichsgericht bestätigte jedoch das Urteil des Kammergerichts und wies die Revision zurück, indem es ausführte, daß Kläger, der von der Bösartigkeit des Leidens unterrichtet war, sich doch hätte sagen müssen, es könne das Leiden, das gewöhnlich drei Jahre und länger währt, immer noch vorhanden sein. (Frankf. Ztg.)

Ergebnis der von den amtlichen Untersuchungsstellen im Deutschen Reiche im Jahre 1904 vorgenommenen Untersuchungen von Seeleuten auf Farbenblindheit.

Von 1042 zum ersten Male untersuchten Seeleute erwiesen sich 1027 (98,56 %) als nicht farbenblind; bei 6 wurde Grünblindheit, bei 1 Rotblindheit und bei 8 vollständige Farbenblindheit festgestellt.

Zum zweiten Male wurden 8 Seeleute untersucht, von denen bei der ersten Untersuchung 7 farbenblind und 1 grünblind befunden worden waren; bei 3 wurde die vollständige Farbenblindheit, bei 1 die Grünblindheit bestätigt, 1 wurde als rotblind und 3 als nicht farbenblind erkannt.

Wiederholte Untersuchungen haben im Berichtsjahre nicht stattgefunden. (Veröff. des Kais. Ges.-Amts).

Deutsche Gesellschaft für Gerichtliche Medizin.

Für die Sitzungen der Gesellschaft in Meran sind die Hauptthemata aufgestellt: I. Tod durch Elektrizität (Referenten Kratter-Graz und Jellinek-Wien), II. Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung (Referenten von Kaan-Meran und Straßmann-Berlin), III. Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller (Referenten Anton-Graz und Puppe-Königsberg). Außerdem sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Dohrn und Scheele (Kassel): Beiträge zur Lehre von den Degenerationszeichen.
2. Horoszkiewicz (Krakau): Thema vorbehalten.
3. Ipsen (Innsbruck): a) Über den Nachweis von Atropin. b) Ein Beitrag zur Lehre vom Kindsmord.
4. Kratter und Pfeiffer (Graz): Casuistisches aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Graz.
5. F. Leppmann (Berlin): Über Strafvollzugsfähigkeit.
6. Molitoris (Innsbruck): a) Über das Verhalten einzelner Alkaloide im Vogeltierkörper. b) Über die Fäulnis von Lungen Neugeborener.
7. Pfeiffer (Graz): Neue Beiträge zur Kenntnis der Präzipitinreaktion. (Spezifizität der Reaktion.)
8. Reuter (Wien): a) Über den Nachweis von Kohlenoxydgas im Leichenblut. b) Demonstration postmortaler epiduraler Blutextravasate von verkohlten Leichen.
9. Richter (Wien): a) Nachweis von Bakterien in Blutspuren und seine forensische Bedeutung. b) Widerstandsfähigkeit von Leichengeweben und Leichenorganen gegenüber äußeren Gewaltseinwirkungen.
10. Stolper (Göttingen): Zur Verhütung der Unfallsneurosen.
11. Stumpf (Würzburg): Weitere Mitteilungen über die quantitative Bestimmung des Luftgehaltes der Lungen (mit Demonstrationen).
12. Wachholz (Krakau): Zur Kohlenoxydvergiftung.

Sitzungsraum ist der Speisesaal im Hotel „Stadt München“, Burggrafenstraße 15.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Redaktion:

Dr. L. Becker, Geh. Med.-Rat, Berlin. Dr. Florschütz, Professor, Gotha. Dr. Fürbringer, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Haug, Professor, München. Dr. Hoffa, Geh. Med.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Klonka, Professor, Jena. Dr. Kirchner, Geh. Ob.-Med.-R. u. Prof., Berlin. Dr. A. Leppmann, Med.-Rat, Berlin.
Dr. von Liszt, Geh. Just.-Rat u. Prof., Berlin. Dr. Ostertag, Professor, Berlin. Dr. Puppe, Professor, Königsberg. Radtke, Kaiserl. Geh. Reg.-Rat, Berlin. Dr. Roth, Reg.- u. Geh. Med.-Rat, Potsdam. Dr. Schwechten, Geh. San.-Rat, Berlin. Dr. Silex, Professor, Berlin. Dr. P. Stolper, Professor, Göttingen. Dr. Windscheid, Professor, Leipzig.

Verantwortlicher Redakteur:
Dr. F. Leppmann
Zweiter Arzt an der Königl. Strafanstalt Moabit und der damit verbundenen Irrenabteilung
Berlin.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. №. 17. Ausgegeben am 1. September.

Inhalt:

Im Dienste der Lebensversicherung.

Es sind südafrikanische Verhältnisse, von denen im folgenden die Rede ist, denn es ist die freie Wiedergabe eines Vortrags, den ein Dr. C. Gomann-Kitching vor kurzem in Kapstadt in dem dortigen Verein für Versicherungswissenschaft gehalten hat. Es lag ihm daran, einmal ein Bild zu zeichnen, wie sich der versicherungsärztliche Dienst in der Praxis, im täglichen Leben, abspielt — aber im südlichsten Ende von Afrika, in der Kapkolonie, nicht bei uns. Wenn aber trotzdem ein Vertrauens- oder Revisionsarzt während der Lektüre zu dem Glauben kommen sollte, daß von seinen eigenen, in Deutschland gemachten Erfahrungen, von unseren ureigenen, heimischen Verhältnissen die Rede ist, so ist das seine Sache, es kann ihm nur entgegengehalten werden, daß der Vortrag in englischer Sprache in Kapstadt gehalten und im Original in der Versicherungszeitschrift: The Review Vol. XXXV. Nr. 1681 ff. abgedruckt ist.

. . . . . . Die Lebensversicherung ist bereits in so breite Schichten der Bevölkerung eingedrungen, die Tätigkeit der Agenten ist eine so rührige, daß es nur wenige Ärzte gibt, die nicht mit vertrauensärztlichen Untersuchungen für irgend eine der Lebensversicherungsgesellschaften zu tun haben oder gar als Vertrauensärzte einer solchen eingesetzt sind. Ihre Leistungen freilich sind, zum wenigsten für den Anfang, so lange sie nicht einige Erfahrungen gesammelt haben, recht wenig befriedigende. Es fehlt ihnen gewiß nicht an dem guten Willen, ihrem Amte gerecht zu werden, aber es fehlt ihnen an der richtigen Auffassung ihrer Aufgabe, der Kenntnis von dem, was von ihnen verlangt wird. Den kranken Antragsteller als Kranken zu diagnostizieren und von der Versicherung fern zu halten, ist eine leichte Sache, aber schwierig ist es, den nur scheinbar Gesunden von dem wirklich Gesunden abzuscheiden, frühzeitig den Pferdefuß zu entdecken, der sich hinter dem Mantel einer scheinbaren Gesundheit versteckt, das Fallen der Quecksilbersäule am physischen Barometer zu beobachten, das den kommenden Sturm und den drohenden Untergang anzeigt.

Als ich studierte, geschah der Lebensversicherung nie Erwähnung; die Lehrbücher schwiegen sich aus und kein Wort darüber wurde im Kolleg verloren. Und ist es heute anders? Ich glaube nicht. Wäre es anders, wie viele Unannehmlichkeiten im Verkehr der Ärzte mit der Lebensversicherung würden vermieden, welche Ersparnisse an Zeit, unnützen Schreibereien und Porto würden gemacht werden. Die umfangreichen Formulare, die ewigen Rückfragen, die wiederholten Vorstellungen der Antragsteller würden unnötig, und vor allem die Sterblichkeitserfahrungen der Gesellschaften bessern werden. Gewiß untersucht der Vertrauensarzt den Antragsteller nicht anders, als er es in der Klinik, am Krankenbett gelernt hat, aber die Voraussetzungen der Untersuchung und die Gesichtspunkte, unter denen er sie vorzunehmen hat, sind andere. Er soll nicht nur Befunde geben, ein klinisches Bild der Person zeichnen, er soll dem Revisionsarzt ein Urteil über die Lebensprognose des Untersuchten er-

möglichen und dazu gehört mehr als eine bloße Befundbeschreibung nach dem Rezepte der Klinik. Der Vertrauensarzt allein hat den Fall vor sich, er allein kann nach dem allgemeinen Eindruck des Untersuchten sich ein Urteil bilden; er nur kann sagen, ob der Mann in seinen Angaben glaubwürdig ist, er nur kann das „je ne sais quoi“ empfinden, das so oft einen Wink nach der einen oder anderen Seite gibt. Alles das spricht bei der Stellung der Lebensprognose mit, und geht der Vertrauensarzt achtlos darüber hinweg, so scheiden diese Faktoren bei der Beurteilung des Risikos überhaupt aus, denn der Revisionsarzt sieht den Antragsteller nicht, er steht ihm nur auf dem Papier und nicht Auge im Auge gegenüber.

Sind begründete Einwände gegen die Untersuchung oder die Abfassung des vertrauensärztlichen Gutachtens zu erheben, so müssen sie natürlich vom Revisionsarzt erhoben werden. Angenehm ist ihm diese Korrespondenz aber niemals und er ist immer froh, wenn sich irgend ein anderer Ausweg bietet, etwa durch ein hausärztliches Attest oder vertrauliches Gutachten, über den beanstandeten Punkt hinwegzukommen. Denn mancher Ärger wird dadurch erspart, mancher leider bleibt, denn es gibt Fälle, die geradezu verhext sind, bei denen Briefe auf Briefe geschrieben, Nachprüfungen auf Nachprüfungen gefordert werden müssen, weil man zwar einen Berg von Auskünften erhält, aber niemals die, die man haben will, wo sich Haufen von Spreu ansammeln, bis man endlich die paar Körnchen Weizen findet, nach denen man gesucht hat.

Freilich sorgt auch der Antragsteller dafür, daß dem Vertrauensarzt sein Amt nicht zu leicht wird und nicht immer seine Schuld ist es, wenn er nicht das Gutachten erstattet hat, das man von ihm erwarten zu können vermeinte. Wir reden nicht von jenen Antragstellern, denen man es schon am Gesicht ablesen kann, daß sie am liebsten nicht gekommen wären — sie kamen aus Freundschaft für den Agenten, auf dessen vieles Zureden hin — schon der gewöhnliche Antragsteller sorgt dafür, daß der Schwierigkeiten der Untersuchung mehr als genug sind. Gleich bei der Feststellung der Familienverhältnisse hapert es. Zum ersten Male in seinem Leben wird er nach denen gefragt, die zu ihm als Familie gehören, und es ist geradezu verblüffend, zu beobachten, wie wenig viele Leute über ihre Eltern oder gar Großeltern unterrichtet sind. „Sie sind alt geworden“, ist im besten Falle alles, was man erfahren kann. Auf die Frage, wie viele Brüder und Schwestern er habe, fängt der Gequälte an, an den Fingern abzuzählen: da ist die Marie, die Anna, der Karl usw. und erst auf diesem Wege kommt er zur Totalsumme, die ihm doch so geläufig als sein Name sein sollte. Wie erstaunlich wenige kennen dann die Todesursache ihrer Eltern; der Gedanke, daß es etwas ganz unfaßliches ist, daß sie nicht wissen, woran ihre Mutter, die sie geboren und erzogen hat, gestorben ist, kommt ihnen gar nicht, noch weniger der, daß es geradezu eine Pietätlosigkeit ist, so wenig über die letzten Tage der Urheber ihres Seins orientiert zu sein. Die Entschuldigung, wir waren damals noch so klein, wir waren nicht zu Hause, der Doktor hat es nicht gewußt, rechtfertigt sie leicht vor ihrem Gewissen. Oft ist freilich diese Unkenntnis nur eine vorgetäuschte, dann, wenn sie Todesursachen anzugeben hätten, von denen sie instinktiv wissen, daß sie ihrer Aufnahme hinderlich sein oder diese wenigstens erschweren können, und besonders gern verschwiegen oder beschönigt wird deshalb die Schwindsucht. Manchmal ist der Grund der Verschweigung auch ein edler, dann, wenn durch die Hereditätsfragen interne Familienangelegenheiten aufgedeckt werden könnten, die sie bisher im Innersten ihrer Seele sorgfältig gehütet hatten. Niemand sagt gern, daß sein Vater als Defraudant Selbstmord begangen, daß die Mutter, sittlich gesunken, auf dem Armenfriedhof ihre letzte Ruhestätte gefunden hat. Aber das sind nur Ausnahmen. Auf alle Fälle ist aber ein mehr oder minder großes Fragezeichen das Resultat des hereditären Examens.

Nun kommt die Aufnahme der Anamnese und damit die Fragen: Haben Sie gelitten oder leiden Sie an Gallensteinen, Blinddarmentzündung, Syphilis usw. usw., Dinge, die schon durch ihre einfache Nennung viele Leute vor Grauen schaudern lassen, wie viele Krankheiten es in der Welt gibt und sie als willkommene Beute umlauern. Jede Frage wird prompt mit einem „Nein“ beantwortet. Aber wenn man den Antragsteller fragt, ob er weiß, was für Krankheitserscheinungen mit diesen Namen bezeichnet werden, so merkt man sofort, daß er nicht die leiseste Idee von dem hat, was er eben gefragt worden ist und man muß ihm erst jede Frage noch einmal gründlich auseinderlegen. Man soll ja nicht glauben, daß er nicht die oder jene Krankheit gehabt hat, weil er ihren Namen nicht kennt; es würde das zu argen Täuschungen führen. Eben hat er gerade die Frage nach Gallensteinen ruhig verneint, aber anders gefragt, erinnert er sich sofort eines quälenden Schmerzes in der Magengegend. Er schildert bis in das kleinste, wie und wo er den Schmerz fühlte, wodurch er glaube, daß er entstanden sei, wie der Schmerz nach heftigem Anfall wieder nachgelassen habe und er dann gelb wie eine Zitrone geworden sei. Er hat also einen Gallensteinanfall überstanden, wissen tut er es nicht.

Andrerseits bejahen sehr viele die Frage nach Blinddarmentzündung, während sicher darunter oft nur ein harmloser Durchfall zu verstehen ist, der irgendeinen Diätfehler zur Ursache hatte. Oder aber man erfährt von einem gräßlichen Schmerze, der den ganzen Kopf eingenommen habe und sich schließlich als Zahnschmerz entpuppt, allerdings ein Leiden, das nach Shakespeare kein Philosoph ruhig ertragen kann, auf die Lebensdauer einen Einfluß aber sicher nicht ausübt.

Daß natürlich auch die absichtliche Verschweigung und Täuschung eine große Rolle spielen, darf nicht verwundern, von vornherein erwarten kann man sie immer bei der Frage nach dem Alkoholgenuß. Man tut deshalb hier immer gut, die Feder wegzulegen und sich in seinen Stuhl zurückzulehnen, denn es dauert lange und bedarf der gründlichsten Unterhaltung, bis hier die Wahrheit an das Licht kommt. Der Durchschnitts-Antragsteller trinkt nie etwas, was mit Alkohol zu tun hat; er trinkt nur, wenn er durstig ist, einmal ein Glas Bier. Ja, wenn er durstig ist! einen dehnbareren Begriff wie diesen gibt es nicht. Wir kennen von Bismarck die Anekdote, daß er von Berlin bis Köln sich eine Zigarre an der andern anbrannte, aber geraucht während der ganzen Fahrt hatte er nur einmal, und ebenso verhält es sich mit unserm Freunde. Wir wissen nicht, wie oft und wie gern er auf die Mahnungen seines Durstes hört, und es bedarf der sorgfältigsten Behandlung der Frage, um endlich herauszubekommen, wie viele Glas Bier er eigentlich täglich trinkt. Mit den gewöhnlichen vertrauensärztlichen Angaben: trinkt mäßig, trinkt nur zuweilen, ist gar nichts anzufangen. Glücklicherweise helfen hier die vertraulichen Gutachten anderer Versicherter aus und oft erfährt man auf diesem Wege, daß ein schwerer Säufer den Vertrauensarzt vollkommen hinters Licht geführt hatte. Aber leider nur nicht immer. Gelänge es aber in allen Fällen, die Frage nach der Lebensweise einwandfrei beantwortet zu erhalten, so unterläge es gar keinem Zweifel, daß die Sterblichkeit unter den Versicherten eine ganz andere sein würde, als sie es in Wirklichkeit ist. Ich gehöre weder einer Loge an noch bin ich abstinent, aber das bin ich vollkommen sicher, aussprechen zu dürfen, daß die Todesfälle, die direkt oder indirekt dem Alkohol zuzuschreiben sind, unzählige sind. Freilich, in den ärztlichen Krankheitsberichten ist davon niemals etwas zu lesen; mit keinem Worte wird die Schnapsflasche erwähnt, die in der Ecke über dem Bette stand, auf

dem der Kranke seinen letzten Seufzer als ein Opfer der Pneumonie aushauchte, kein Wort von dem delirium tremens, das doch die eigentliche Todesursache war.

Aber ich will hier keine Vorlesungen über die Alkoholfrage halten, nur noch kurz bemerken, daß nach meiner Ansicht der Alkohol gleich dem Pulver ein vortrefflicher Diener, aber ein grausamer Herr ist und sehr vorsichtig behandelt sein will, wenn es nicht zu einer Katastrophe kommen soll; nur wer beide bemeistert, soll sie gebrauchen.

Nun endlich kommen wir zur Untersuchung. Vielen mißfällt diese so, daß sie rundweg erklären, daß sie nicht gekommen sein würden, wenn sie gewußt hätten, daß sie sich ausziehen müßten. Ein unnötiger Aufenthalt entsteht, und ist man dann endlich soweit, daß man mit der Untersuchung der Brust beginnen kann, so erwarten einem schon wieder neue Zeitverluste, weil erst dem zu Untersuchenden gelernt werden muß, wie geatmet wird. Denn erst hält er den Atem an, bis er ganz blau im Gesicht wird; hat man ihn dann soweit, daß er von Neuem Luft holt, so tut er dies einmal und dann ist für eine gute Weile wieder Ruhe. Nach einer weiteren Belehrung atmet er nun 40 mal in der Minute ein und aus und schnauft dabei wie ein Dampfwagen, der überfällig seinem Bestimmungsort zurast. Vom Hören des Atmungsgeräusches ist selbstverständlich keine Rede, und hat man endlich erreicht, daß der Mann begreift, was er soll, so ist er total erschöpft und schimpft auf die Quälerei, der er unnötig ausgesetzt würde. Und dabei hat man von ihm nichts andres verlangt, als daß er tun solle, was er sein Lebenlang etwa 17mal in der Minute getan hat, nämlich natürlich zu atmen.

Ein andrer Typus der Antragsteller ist der nervöse ängstliche Mann. Er hat die Erfahrung gemacht, daß er zu seinem Zahnarzt in dem schönen Bewußtsein gegangen war, daß er keinen schlechten Zahn im Munde habe; er war nur gegangen, um sich versichern zu lassen, daß nichts an seinen Zähnen zu tun sei und mußte nun hören, daß er Löcher habe so groß, um selbst den Kopf hineinstecken zu können. So fürchtet er jetzt, wenn er untersucht wird, zu erfahren, daß eines der Übel, die er eben auf Befragen alle verneint hat, schon feste Wurzeln in seinem Körper geschlagen hat. Und wenn wir wahr sein wollen, so müssen wir allerdings zugeben, daß seine Angst so unbegründet nicht ist, denn die erste Kunde von einem Herzfehler, von einer Erkrankung der Nieren usw. stammt häufig von der vertrauensärztlichen Untersuchung für die Lebensversicherung her.

Sehr wichtig für die Beurteilung des Antragstellers sind seine Brustmaße; die Exkursionsweite soll mindestens 5 cm betragen. Man sollte nun meinen, daß ihre Bestimmung eine ganz einfache Sache sei, aber wie oft muß man es dem Mann an der eigenen Brust vormachen, bis er begreift, um was es sich handelt. Einige Minuten Übung geben dann oft eine Exkusionsweite von mehr als 5 cm, während vorher kaum 2 cm gemessen werden konnten.

Der Einwurf des der Praxis Fernerstehenden, daß ich irgendwie übertriebe, liegt vielleicht nahe, aber im Gegenteil, ich könnte noch ganz andere Dinge aus meinen Erfahrungen mitteilen. Gewiß verlaufen nicht alle Untersuchungen so schwierig, es gibt natürlich auch viele ganz glatt zu erledigende Fälle, aber immer tut man gut, sich zu jeder Untersuchung neu mit einem guten Teil Geduld zu wappnen.

Viel unangenehmer sind die Erfahrungen, die man machen kann, wenn man als Vertrauensarzt einen Antragsteller aus seiner Klientel zu untersuchen hat. Auf der einen Seite steht die Versicherungsanstalt, die natürlich nur für ein durchaus wahres Gutachten bezahlt, auf der andern Seite der alte Patient, dem durch eine eventuelle Abweisung schwerer Schaden zugefügt werden kann, weil der einmal von einer Gesellschaft Abgewiesene schwer bei einer anderen unterkommt. Nun legen beide, Versicherungsanstalt und Patient, Wert darauf, daß die Untersuchung durch den Hausarzt stattfindet, jene, weil der Hausarzt den zu Untersuchenden gesundheitlich genau kennt und besonders über seine Vorgeschichte gut unterrichtet ist, dieser, weil er meint, daß sein Hausarzt ihn wohlwollender begutachtet, als ein ihm ganz fremder Arzt, der sich keinen Pfifferling darum schert, was das endliche Schicksal seines Antrags sein wird. Soweit ist alles gut; es bleibt auch alles gut, wenn der Antragsteller ein einwandfreies Risiko ist, aber, wenn er es nicht ist und vielleicht sogar ein so schlechtes, daß er abgewiesen werden muß, dann ist der Konflikt da und der Abbruch der Beziehungen häufig die endliche Folge. Man kann es gewiß dem Arzte nicht verübeln, wenn er für zehn Mark nicht dauernd einen guten Patienten verlieren will und nicht nur ihn, sondern auch seine Familie, seine Freunde, die Müllers und Schulzes. Denn die Kunde von Dr. X. schändlicher Handlungsweise kommt rasch herum; aber wie soll er es vermeiden? Das Nächstliegende wäre ja, er lehnte die Untersuchung einfach ab, aber damit kommt er erst recht in die Traufe. Denn einmal kränkt er dadurch seinen Klienten, weil dieser die Weigerung nicht versteht und sie als eine Unfreundlichkeit auslegt, auf der anderen Seite macht er aber die Versicherungsgesellschaft aufmerksam, die sich natürlich sagt, daß ein zwingender, höchst wahrscheinlich gesundheitlicher Grund für die Weigerung vorliegen müsse. „Er könnte etwas sagen, wenn er wollte" und vorsichtig geht sie diesem Risiko aus dem Wege. Die Schuld hat wieder der Hausarzt.

Nach meinen Erfahrungen ziehen sich viele Ärzte dadurch aus aller Verlegenheit, daß sie ihre Zuflucht zu einer Art von Kompromiß nehmen, d. h. sie geben in ihrem Gutachten alle in Frage kommenden und für die Beurteilung wichtigen Tatsachen wahrheitsgetreu an, bejahen aber, trotzdem diese die Möglichkeit der Versicherung ohne weiteres ausschließen, die Schlußfrage nach der Versicherbarkeit ohne Rückhalt. So heißt es z. B. in einem solchen Gutachten: „p. X. hat vor drei Jahren lues acqueint und ist durch sein Gewerbe veranlaßt, reichlich zu trinken. Hieraus ist mit der Zeit insofern eine Gewohnheit geworden, daß Antragsteller periodisch gleich einige Tage hintereinander trinkt." Die Schlußfrage nach der Aufnahmefähigkeit ist mit einem einfachen „Ja" beantwortet. Der Vertrauensarzt wußte ganz genau, daß der Revisionsarzt sein Veto gegen die Aufnahme einlegen würde, aber er kann, wenn der p. Schulze oder Meyer ärgerlich zu ihm kommt, ruhig versichern, daß er ihn zur Aufnahme empfohlen hätte und daß es so ein Idiot von Revisionsarzt gewesen sein müsse, der ihn abgewiesen habe.

Stillschweigende Übereinkünfte! Auch Lebensversicherung und Ärzte können sie nicht entbehren, wenn sie zusammen auskommen wollen. Man versuche es nur einmal über eine Straße zu gehen, die vollgedrängt von Menschen ist, ohne so viele Püffe auszuteilen, als man bekommt und man wird nie durchkommen. Ich glaube aber auch, daß in keinem anderen Stande ein Mann so vielen peinlichen Situationen gegenübergestellt wird, als im ärztlichen Beruf.

Ganz und garnicht auf Rosen gebettet ist auch der Revisionsarzt. Seine Aufgabe ist es, alle die Versicherungspapiere durchzusehen und an der Hand des vertrauensärztlichen Gutachtens die Lebenswahrscheinlichkeit, das Risiko des Antragstellers abzuschätzen, das für und wieder unparteiisch abzuwägen, das für oder gegen die antragsgemäße Aufnahme spricht. Nichts hat er dem Zufall zu überlassen, streng kritisch hat er zu erwägen und sein Herz hat ganz außer dem Spiele zu bleiben. Er hat die Verantwortlichkeit für das übernommene Risiko ganz allein, denn auf sein Urteil hin ist es von der Gesellschaft übernommen

worden. Abweisungen sind aber auch für ihn immer unerfreuliche Maßnahmen. Seine Gesellschaft braucht Geld, d. h. Leben; eine Menge Ausgaben sind schon erwachsen, sie fallen jetzt mit den Bemühungen des Agenten fruchtlos zu Boden; der Abgewiesene ist auf das schwerste gekränkt und tut alles, die Gesellschaft in seinen Bekanntenkreisen zu diskreditieren. Er kann es um so leichter, weil jener durch das ihr auferlegte Schweiggebot die Hände zu einer Rechtfertigung gebunden sind und der Arzt, auf dessen Gutachten hin abgewiesen wurde, hütet sich natürlich, die Folgen der Abweisung auf seine Schultern zu nehmen. Der Revisionsarzt aber mußte abweisen, denn die Sicherheit der Gesellschaft ist für ihn das oberste Gesetz. Nicht alle Fälle machen besondere Schwierigkeiten, oft sind sie sogar sehr einfach, ob nun aufgenommen oder abgewiesen werden muß, aber viele Fälle machen böses Kopfzerbrechen und am meisten die, bei denen lediglich der Ernährungszustand, die Konstitution den Stein des Anstoßes bilden. Man kennt die Geschichte von dem Schneider, der immer das Maß der Taillenweite seines Kunden mit dem der vorletzten Anprobe verglich. Hatte der Kunde ab- oder stark zugenommen, so schickte er sehr prompt seine Rechnung. Es war kein Dummkopf, dieser Schneider! Leider hat nur der Revisionsarzt nicht die Maße einer vorletzten Anprobe.

Die Todesfällle des ersten oder der ersten Jahre sorgen dafür, daß der Revisionsarzt nicht vertrauensselig wird. So wurde der Herr Meier vor einem Jahre glatt versichert, und schon ist er der chronischen Lungenschwindsucht erlegen. Jetzt erfährt man, daß der Mann vor zwei Jahren längere Zeit hustete und heruntergekommen war, daß ihm deshalb sein Arzt einen Aufenthalt in einem Luftkurort verordnet hatte und er sich dort anscheinend auch recht gut erholte. Dem Vertrauensarzt hatte er nur erzählt, daß er sich im letzten Sommer einige Wochen zu seiner Erholung im Waldort X. aufgehalten habe, und dieser und der Revisionsarzt nahmen an dem so modernen Erholungsurlaub keinen Anstoß, der Letztere nicht, weil die Lungen so gut beschrieben, der allgemeine Eindruck auf dem Papier ein so günstiger war. Dem Prima-Risiko folgte prompt ein Prima-Wechsel auf Bezahlung. Der Vertrauensarzt hört von solchen Fällen selten etwas, aber der Revisionsarzt!

Und dann sein ewiger Briefwechsel mit den Vertrauensärzten, die z. B. nicht zugeben wollen, daß ein korpulenter Antragsteller nur mit einer Erschwerung zu versichern ist. Sicher kann der Mann jetzt gesund sein, aber ob er es auch in 10 oder 20 Jahren ist, das ist die Frage. Ja, wenn wir sicher wären, daß er, wie der Vertrauensarzt behauptet, sich des Alkohols dauernd enthielte, wenn er weniger üppig dinierte, wenn er zu seinem Geschäft ginge, statt auf Gummirädern dahin zu rollen, ja, wenn wir dessen sicher wären, könnten wir versichern. Ja wenn! Wenn nur nicht das liebe „wenn" wäre. Wir sind es eben nicht sicher; die Mehrzahl wird doch trotz aller guten Vorsätze rückfällig, und so müssen sie eben alle erhöht werden, erhöht für das Vorrecht dick zu sein und des Nachts gut zu schlafen — Vorzüge, die sicher nicht gemein unter den Revisionsärzten sind. Neidisch allerdings sind sie deshalb nicht, aber etwas mehr Ruhe und versicherungsärztliche Objektivität in den vertrauensärztlichen Briefen könnten nur recht wohltätig auf sie wirken. . . . .

Ob es im Dienste der deutschen Lebensversicherung anders ist? Wir wollen die Preßerzeugnisse des Winters und den Ärztetag 1906 abwarten, ehe wir darauf antworten. —X—

Die „rückständige" Versicherungsmedizin.

Von

Dr. Gollmer-Gotha.

In der diesjährigen Nr. 13 der „Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung" hat sich Feilchenfeld der verdienstlichen Aufgabe unterzogen, vom neueren Standpunkte der klinischen Medizin einmal die physikalischen Untersuchungsmethoden, nach denen das Herz für Zwecke der Lebensversicherung am besten zu untersuchen ist, zusammenzustellen und ihre Vorzüge und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Die Darstellung ist in dieser Beziehung eine so glückliche, daß zweifellos mancher Arzt, dem vertrauensärztliche Funktionen bei einer Lebensversicherungsgesellschaft übertragen sind und dem die Zeit und Muße fehlt, die nur allzu umfangreiche medizinische Literatur von heute auf die ihn interessierenden Fragen durchzumustern, durch die Lektüre des vorliegenden Artikels zur Revision seines diagnostischen Könnens in bezug auf den Herzbefund angeregt werden wird. Und manche präzisere Diagnose wird daraus zugunsten der Lebensversicherungsanstalten resultieren. Aber einen solchen Effekt zu erzielen war nicht der einzige Zweck, den F. bei der Abfassung seines Artikels im Auge hatte. F. gehört augenscheinlich zu denen, die die Vorbedingung für die Güte der vertrauensärztlichen Gutachten in dem großen Umfange der vertrauensärztlichen Attestformulare und in der weitgehendsten Fragestellung sehen, und verlangt darum, daß auch die in bezug auf den Herzbefund gestellten Fragen den neuesten klinischen Fortschritten angepaßt sein müßten. Er weist nun darauf hin, daß dies bei den meisten Lebensversicherungsanstalten nicht der Fall sei, und, falls nach dieser Richtung kein Wandel eintrete, die Versicherungsmedizin in bezug auf eine ihrer Hauptaufgaben, nämlich sich die Fortschritte der allgemeinen medizinischen Wissenschaft für ihre besonderen Zwecke nutzbar zu machen, der Vorwurf der Rückständigkeit treffen würde.

Feilchenfeld ist natürlich in das Getriebe der Lebensversicherung genügend eingeweiht, um einzusehen, daß ein Einzelner in einer sämtliche zahlreiche Versicherungsgesellschaften angehenden Frage, wie die Änderung der vertrauensärztlichen Attestformulare, mit Reformvorschlägen nicht durchdringen kann. Er zeigt sich aber auch anderseits über die Vorgänge auf den bisherigen drei internationalen Kongressen der Versicherungsmediziner nicht ausreichend informiert, wenn er die Formularfrage mit auf die Tagesordnung des nächstjährigen 4. Kongresses gesetzt und für diesen seinen Artikel mit den daran anschließenden Veränderungsvorschlägen in bezug auf die Herzfragen als Anregung betrachtet wissen will. Wer die Verhandlungen auf den bisherigen Kongressen noch in Erinnerung hat, weiß, daß das vertrauensärztliche Attestformular bereits für den 1. und 2. auf der Tagesordnung stand, aber eine Behandlung erfahren hat, die nicht dazu anregen kann, dasselbe sobald aufs neue zur Diskussion zu stellen. Der internationale Kongreß der Versicherungsmediziner kann nur die Domäne für die Erörterung rein wissenschaftlicher, der Lösung und Förderung noch bedürfender Probleme sein. Die Frage, in welcher Form das vertrauensärztliche Attestformular den Zwecken einer Lebensversicherungsanstalt am meisten dienlich ist, ist eine interne Angelegenheit dieser selbst, und Sache ihres Chefarztes ist es, die zeitgemäße Fassung der einzelnen Fragen zu überwachen.

Wenn man nun die von Feilchenfeld am Schlusse seines Artikels in bezug auf den Herzbefund formulierten Fragen durchmustert, fällt zunächst in die Augen, daß sie nicht nur zahlreicher, sondern auch zum Teil weit detaillierter gefaßt sind wie in den Formularen, die bei den meisten wenn nicht

sämtlichen Lebensversicherungsanstalten heute im Gebrauch sind. Angenommen nun, es käme noch ein anderer Autor mit einem ähnlichen Ansinnen in bezug auf die Fragen bei den übrigen Organkomplexen, so müßte daraus eine Vergrößerung der Formulare resultieren, deren bisheriger Umfang schon jetzt vielen Vertrauensärzten, wie beispielsweise die Verhandlungen auf früheren deutschen Ärztetagen dokumentieren, durchaus unsympathisch ist. Von dem äußeren Umfange aber ganz abgesehen — erscheint vor allem nach unseren Erfahrungen eine so detaillierte Fragestellung zwecklos. Jeder Vertrauensarzt, der auf der Höhe der Wissenschaft steht, gewissenhaft ist und das Interesse der von ihm beratenen Anstalt im Auge hat, weiß und muß wissen, daß er beispielsweise auf die kurze Frage der Gothaer Bank „Wie ist die Beschaffenheit der Herztöne?" das Herz so zu auskultieren hat, daß er darüber Auskunft geben kann, ob die Herztöne rein, rhythmisch, gut akzentuiert, klappend oder gespalten und ob Geräusche zu hören sind. Er wird, wenn er nach dieser Richtung etwas auszusetzen findet, dies nicht unerwähnt lassen, auch wenn er nicht besonders danach gefragt wird. Für den unwissenden oder oberflächlich untersuchenden Arzt ist aber die Fragestellung völlig bedeutungslos, er wird nicht mehr hören und beschreiben, auch wenn an ihn an Stelle der einen Gothaer Frage im Sinne Feilchenfelds drei gerichtet werden. Und ganz das gleiche gilt von der Perkussion der Herzgrenzen. Der gewissenhafte Arzt perkutiert aus eigenem Antriebe sämtliche Herzgrenzen und wird sie beschreiben, auch ohne daß er besonders nach jeder einzelnen gefragt wird.

Feilchenfeld will aber die auf den Herzbefund bezüglichen Fragen nicht nur vermehrt, sondern auch auf bestimmte Untersuchungsmethoden zugeschnitten haben. Ist es ja im wesentlichen auch nur eine, die leise Perkussion, die er berücksichtigt wissen will, und ist es auch durchaus einleuchtend, ja selbstverständlich, was er über die Vorteile dieser Methode sagt, so erscheint es doch aus prinzipiellen Gründen bedenklich, die den verschiedensten Altersgenerationen angehörenden und unter den verschiedensten klinischen Autoritäten herangebildeten Vertrauensärzte einer Lebensversicherungsanstalt zu bestimmten Untersuchungsmethoden verpflichten zu wollen, die sie vielleicht nie geübt haben oder deren Vorteile sie nicht anzuerkennen vermögen. Man soll daher dem einzelnen Vertrauensarzte die Wahl der Untersuchungsmethoden überlassen, die er als Student gelernt oder in denen er als Praktiker je länger je mehr firm geworden ist, und so haben die Lebensversicherungsanstalten zweifellos die Aussicht, die besten Diagnosen zu bekommen. Die um ihre Fortbildung und um Verbesserung ihres diagnostischen Könnens besorgten Vertrauensärzte werden sich Artikel, wie den Feilchenfeldschen, als Anregung nicht entgehen lassen. Ärzte aber, die das Gegenteil sind, werden keine besseren Diagnosen stellen, auch wenn man ihnen die einzelnen Untersuchungsmethoden in den Formularen bis ins weitgehendste vorschreiben würde. In Anbetracht dessen liegt für die Lebensversicherungsgesellschaften zurzeit durchaus kein zwingender Grund vor, die vertrauensärztlichen Attestformulare in bezug auf die Herzfragen speziell im Sinne Feilchenfelds neu zu redigieren — selbst nicht auf die Aussicht hin, deswegen mit dem Vorwurfe der Rückständigkeit bedacht zu werden. Damit soll natürlich nicht gesagt sein, daß das Formular der einen oder anderen Lebensversicherungsanstalt überhaupt nicht reformbedürftig sei. Diese Frage steht aber hier gar nicht zur Diskussion.

Es erübrigt noch mit wenigen Worten zu einigen Bemerkungen Stellung zu nehmen, die Feilchenfeld im Laufe seines Artikels zu dem bisherigen Ausleseverfahren der Lebensversicherungsgesellschaften gegenüber den Herzkranken macht. Feilchenfeld glaubt, daß durch die von ihm geschilderten Untersuchungsmethoden die Diagnosen so weit gefördert werden können, daß die bisherigen Bedenken gegen die Versicherung von Herzkranken überhaupt nicht mehr unterschiedslos berechtigt erscheinen, daß zwischen versicherungsfähigen und nicht versicherungsfähigen unterschieden werden darf. So hält er beispielsweise Korpulente mit mäßiger Verbreiterung des Herzens nach rechts und jugendliche Personen mit mäßigen idiopathischen Herzvergrößerungen für versicherungsfähig. Und selbst die Herzklappenfehler erscheinen ihm in Rücksicht auf die Beeinträchtigung der Lebensdauer viel zu ungünstig beurteilt, trotzdem er als erwiesen ansehen muß, daß die davon betroffenen Personen bei jeder akuten Krankheit mehr in Lebensgefahr kommen, als gesunde. F. kommt zu diesem Optimismus den Herzkranken gegenüber auf Grund einiger weniger selbst beobachteter günstiger Fälle, während jeder zumal älteren Lebensversicherungsanstalt hunderte von Beobachtungen zur Verfügung stehen, die beweisen, wie Antragsteller mit Herzstörungen jeglicher Prognose spotten. Und Feichenfeld wird nicht behaupten wollen, daß die von ihm erörterten Methoden der Prüfung der Herzmuskelkraft, von der allein das weitere Lebensschicksal der Herzkranken abhängig ist, bessere Handhaben für die Lebensprognose abgeben können. Wenn schließlich Feilchenfeld noch als unvermeidlich in Aussicht stellt, daß die Lebensversicherung mit der Zeit allgemeiner wie auf die minderwertigen Individuen überhaupt, so auch auf die mit Herzklappenfehlern ausgedehnt werden wird, so hat er damit vielleicht Recht. Jedenfalls geht es aber dabei ohne mehr oder weniger beträchtliche Prämienzuschläge nicht ab. Je nachdem die Antragsteller diese zahlen können oder wollen, wird dann die Versicherung der Minderwertigen prosperieren. Nach den Erfahrungen jedoch, die man schon mit den bisher üblichen Prämienzuschlägen tagtäglich in der Versicherungspraxis machen kann, sind da die Aussichten nicht die besten.

Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung.

Von

Dr. L. Eisenstadt-Berlin.

I.

Die therapeutische Ökonomie.

„Es ist ja ganz natürlich, daß die Kassenmitglieder sich an diejenigen Ärzte wenden, welche weniger Rücksicht auf die finanziellen Verhältnisse der Kasse, als auf die der einzelnen Mitglieder nehmen. Ich könnte Ihnen eine Anzahl von Krankenkassen nennen, welche das Freiearztwahlsystem aufgeben mußten, weil die Kosten zu groß waren. Das ist ja auch ganz natürlich. Der Krankenkassenarzt kennt sein Publikum; der fremde Arzt, an den sich die Simulanten fast immer wenden, ist vielfach darauf angewiesen, sein Urteil auf ihre Angaben zu gründen."

(Ministerialdirektor Fischer im Reichstage am 2. März 1905.)

„Einen Schund von Medizin können die Arbeiter massenhaft verschrieben bekommen, aber wenn der Arzt den kranken Arbeitern eine gute Medizin, eine kräftige Nahrung, einen stärkenden Extrakt zu verschreiben wagt, dann bekommt er einen Fingerzeig von den Werksherren, und wenn er den nicht versteht, so weiß man ihn schon unterzuducken, und wenn er sich auch da nicht fügt, so grault man ihn aus dem Knappschaftsrevier heraus. Hier hätte der Ärztestand seine Standesehre zu vertreten. (Lebhafte, allseitige Zustimmung.) Sorgen wir dafür, daß die Herren auch in den Knappschaften für freie Arztwahl eintreten."

(Sachse. Bergarbeiter-Delegiertentag für Preußen. „Vorwärts", 31. März 1905.)

„Bei der freien Arztwahl steigen die Kosten ins Ungeheuerliche nicht allein für ärztliche Behandlung, sondern auch für die Medizin usw. Die Arbeiter können sich nicht Matzewaren kaufen, wenn sie Brot brauchen.“

(R.-A. Fräßdorf im Deutschen Reichstag am 2. März 1905. Bericht des „Vorwärts“.)

„Das Arztsystem ist für die Ausgaben einer Krankenkasse vollständig gleichgültig. Ausschlaggebend sind nur die wirtschaftlichen Verhältnisse; in dem Moment, wo es der Industrie schlecht geht oder gar eine arbeitslose Zeit eintritt, schwellen die Ziffern aller Krankenkassen ins Ungeheuerliche an.“

(R.-A. Mugdan im Deutschen Reichstage am 3. März 1905.)

Einem fast endlosen Gewirr von Widersprüchen begegnen wir auf dem Gebiete der Arbeiterversicherung, Widersprüchen, welche sich in den obigen maßgebenden Urteilen über die Leistungen der Krankenkassen so auffallend kundtun. Wie ist die Lösung zu finden?

Einen Ausweg haben diejenigen Sozialpolitiker und Ärzte schon angegeben, welche geraten haben, den bisherigen, vom Gesetzgeber nicht vorausgesehenen Zusammenhang zwischen Krankheitsheilung und Arbeitslosigkeit in den Krankenkassen zu beseitigen.

Scharf zu trennen sind die Krankenkassen als Institut der Heilung der kranken Arbeiter von der Beschaffung der Arbeit für Arbeitslose oder vermindert Arbeitsfähige. Ganz richtig kommt Bluth (Zeitschr. f. soz. Medizin 1. Bd. 3. Heft) auf Grund langjähriger Erfahrung in der kassenärztlichen Praxis zur Erkenntnis, daß die Begriffe über Erwerbsfähigkeit und Erwerbsunfähigkeit im Krankenkassengesetze den tatsächlichen Verhältnissen nicht genügend Rechnung tragen. Zwischen dem Kreise der Erwerbsfähigen und dem der Erwerbsunfähigen ist nach Bluth die hohe Zahl der Personen mit beschränkter Erwerbsfähigkeit (70 % aller Krankheitsfälle) einzuschieben. Auf diesen Mangel in der Gesetzgebung haben bereits zahlreiche Ärzte hingewiesen, und Mugdan hatte im Reichstage erstaunte Zuhörer, als er ausführte, wie jeder Arbeiter nach der gegenwärtigen Krankenversicherung die Krankenkasse jeden Tag in Anspruch nehmen könne. Die Nichtärzte, die in den Krankenkassen sowohl als in den Regierungen maßgebend sind, pflegen hier gern das Wachstum der Simulation heranzuziehen.

Die ganze Arbeiterversicherung, welche ja nicht allein auf dem Prinzipe der gegenseitigen Versicherung der Mitglieder des Arbeiterstandes festgelegt ist, sondern auch noch reichliche Zusteuer seitens der Arbeitgeber und des Staates, ja sogar indirekt seitens der Gemeinden und der privaten Wohltätigkeit erfährt, kann nur zweckmäßig für die Versicherten, im weiteren Sinne für Staat und Gesellschaft sein, wenn sie ein Maß von Leistungen zu erfüllen imstande ist, unter das sie nach dem Urteile ärztlicher Sachverständigen nicht herabgehen darf. Sind die Ärzte wohl in der Lage, für jede Krankheitsheilung ein Minimum der Leistungen seitens der Versicherung festzustellen? Wenn diese Frage bejaht wird, so muß die Versicherung imstande sein, dieses von den Ärzten bestimmte Minimum zu erfüllen, ohne Rücksicht auf die Kosten dieser Leistungen. Eine Leibbinde, welche einer Patientin wegen Hängeleib verordnet wird, mag an und für sich kostspielig sein; wenn sie aber imstande ist, die Schmerzen zu beseitigen oder zu lindern, und dadurch die Arbeitsfähigkeit wieder herzustellen oder zu bessern, so stellt sie eine billigere und bessere Art der Therapie dar, als wenn der betreffenden Patientin wiederholt ein Narkotikum verordnet wird.

Der Arzt hat von den ihm zu Gebote stehenden Heilarten die billigste und beste gegen die genannte Krankheit als das Minimum der Kassenleistung empfohlen. Es ist aber hier sogleich zu betonen, daß die Auffassungen über dieses Minimum sowohl in ärztlichen Kreisen als auch demzufolge bei den nichtärztlichen Kassenvorständen, Regierungen und ordentlichen Gerichten keineswegs endgültig festgelegt sind. In den ärztlichen Kreisen wechselten die Auffassungen über das Minimum der Therapie erstens deshalb, weil diese in stetiger und steigender Entwicklung begriffen ist, so daß z. B. die medikamentöse Behandlung der Lungentuberkulose von der klimatischen, sodann wieder von der Heilstättenbehandlung abgelöst wurde. Zweitens aber und hauptsächlich wurde und wird noch heute die Krankenversicherung von vielen Ärzten, Arbeitgebern, ja sogar von vielen Kassenvorständen als eine Art Armenpflege betrachtet, derart, daß ohne Rücksicht auf die rascheste und beste Heilung lediglich die billigste Behandlungsart den Versicherten gegenüber angewendet wird. In diesen Fällen gehen die Leistungen der Arbeiterversicherung unter das therapeutische Minimum herab: bettlägerige Influenzakranke erhalten wochenlang keine Medizin, Lungenkranke nur lediglich das Krankengeld. Derartige subminimale Leistungen finden wir bei sehr vielen Krankenkassen verbreitet; sie sind eine stete Quelle der Unzufriedenheit der Versicherten, wie die obigen Ausführungen Sachses beweisen. Da nun die medizinische Therapie, wenn auch die jüngste aller medizinischen Wissenschaften, und ebenso der medizinische Unterricht in fortwährender Differenzierung und Weiterentwicklung begriffen ist, so bringen die jüngsten Ärztegenerationen ihrem geschärften Wissen gemäß neue Behandlungsarten auf den Plan, und wenn sie in größerer Zahl zu der Behandlung der Kassenkranken zugelassen sind, wenn aus dem System der fixierten Kassenärzte dasjenige der freien Arztwahl wird, so werden die subminimalen Leistungen weit überschritten und das Minimum der therapeutischen Ökonomie fast oder ganz erreicht oder — nicht so häufig, als man meint — überschritten. Dann entstehen bei Aufsichtsbehörden und Krankenkassen die schwersten Anschuldigungen gegen diese allgemeine Zulassung der Ärzte zur Kassenpraxis, diese fördere das Bestreben der Kassenpatienten, möglichst viel von der Kasse zu erlangen, und fördere Simulation und Übertreibung der Kassenpatienten, so daß das Arztsystem verworfen wird, statt daß die Leistungsfähigkeit der Krankenkasse und das therapeutische Minimum näher berücksichtigt werden.

Auf unserm Gebiet der therapeutischen Ökonomie ist eine Verständigung der Streitenden sehr leicht möglich. Wenn ein Minimum der Leistungen festgelegt werden kann mit Hilfe eines sachverständigen Beirats, wenn unter diesem Minimum aus der Krankenbehandlung eine Armenpflege wird, eine Geld-, Naturalien- und Handverkaufsmittel-Unterstützung an vorübergehend oder dauernd arbeitslose Mitglieder, so ist weiter zu fragen: 1. Wie groß sind die Kosten dieses Minimums? 2. Ist die Versicherung imstande, diese Kosten ohne Defizit zu decken? Die erste Frage ist mit Hilfe der Organe der Heilkunde zu erledigen, die zweite gehört in das Bereich einer geschickten Verwaltungstechnik. Die Beantwortung beider Fragen ist von erheblicher Bedeutung nicht nur für die Existenz und Berechtigung der Arbeiterversicherung, sondern auch für die ganze soziale Therapie. Wenn die Organe der Heilkunde einen Kostenaufwand erfordern, welcher dem erreichbaren Erfolg gegenüber minimal ist, so dürfte für den Zweck, dem erkrankten Individuum die Arbeitsfähigkeit und damit den Wert für Staat und Gesellschaft für immer oder auf Zeit wiederzugeben, jede an und für sich kostspielige Therapie gern in den Kauf genommen werden. Dann würde sich das Gebiet der therapeutischen Ökonomie erstrecken von einem absoluten Minimum, das durch die sachverständige Begutachtung jeweils gegeben wird, bis zu einem relativen, von

der Leistungsfähigkeit der Versicherung abhängigen Maximum. Betrachten wir zunächst näher

das Minimum, die untere Grenze der therapeutischen Ökonomie.

I. Es hat zu seiner Voraussetzung, daß überhaupt ein oder mehrere Heilverfahren vorhanden sind. II. Unter diesen ist das beste, d. h. dasjenige auszuwählen, welches dem Kranken am raschesten und sichersten die Erwerbs- bzw. Arbeitsfähigkeit wiedergibt. III. Auswahl und Vorschlag des Heilverfahrens erfolgt durch die Begutachtung des behandelnden Arztes. IV. In besonderen Fällen empfiehlt der behandelnde Arzt zur Mitbegutachtung bzw. zur Mitführung des Heilverfahrens einen oder mehrere Spezialärzte. V. Ein Schlußattest des behandelnden Arztes gibt ein Urteil ab über den Stand der Krankheit und Erwerbsfähigkeit, beide, informator. und Schlußattest werden Unterlagen für die Beratung über eventuell erforderliche weitere Behandlung des Patienten. VI. Ein und dasselbe Kassenmitglied verbleibt in der Behandlung eines und desselben Arztes, wenn dem nicht gewichtige Gründe entgegenstehen.

Die obigen Leitsätze bedürfen der Begründung und weiteren Ausführung. Zunächst sei auf den Unterschied zwischen individual- und sozial-medizinischem Heilverfahren hingewiesen. Das erstere schließt mit der anatomischen und physiologischen restitutio ad integrum am erkrankten Organe, das letztere mit der Herstellung der Arbeitsfähigkeit des kranken Organes und des ganzen Körpers ab. Folgendes Beispiel diene zur Erklärung: Ein Arbeiter erleidet, einer Maschine zu nahe kommend, eine Abquetschung eines Fingerendgliedes. Das individual-medizinische Heilverfahren besteht in der schmerzlosen Exartikulation des Fingergliedes und in der Bildung eines guten Stumpfes; nach kurzer Zeit erfolgt die Schließung der Wunde und Vernarbung. Der Verletzte hat aber hierdurch eine unter Umständen schwere Einbuße sowohl in seiner Arbeits- als Erwerbsfähigkeit erlitten. Das sozial-medizinische Heilverfahren besteht nunmehr in dem Aussuchen einer passenden Übergangsarbeit, im Tragen eines Schutzfingers für die ersten Arbeitswochen, in der Unterstützung bei einem höheren Grade der Störung der Erwerbsfähigkeit. Das individual-medizinische Heilverfahren ist dem Arzte allein überlassen, wenn dessen Wahl und Durchführung des Heilverfahrens auch durch die Rücksicht auf die spätere Aufnahme der Arbeit beeinflußt wird, das sozial-medizinische Heilverfahren hängt nicht vom Arzte allein ab, sondern auch von der Art der Erkrankung, vom Arbeitgeber, vom Arbeiterangebot, kurz von den Faktoren des Arbeitsnachweises. Stellen diese sich für den Verletzten günstig, so ist die sozial-medizinische Heilung im Endresultat günstig, andernfalls wird er vermindert arbeitsfähig, arbeitsunfähig, arbeitslos, Gelegenheitsarbeiter, oder er arbeitet mit Unterbrechungen, die vom Wiedererscheinen der Krankheit ausgefüllt sind, verfällt der Invalidenunterstützung, der Armenpflege.

In der privaten Haus- und Anstaltspraxis stellt sich das individual-medizinische Heilverfahren anders dar, als auf den gleichen Arbeitsfeldern der Krankenversicherung. Hier wird es beherrscht, erwählt und modifiziert durch die Rücksicht auf die Herstellung der Arbeitsfähigkeit. Das individual-medizinische Heilverfahren in der Versicherungspraxis hat einen sozialen, in der Armenpflege einen humanen Charakter.

Wir sehen, die exakte Wissenschaft der Therapie, soweit man bisher von einer solchen sprechen kann, wird durch die Arbeiterversicherung ganz erheblich beeinflußt; sie kommt in ihrem Endresultat nicht dem Individuum allein, sondern der Gesellschaft zugute: Therapie und Arbeiterversicherung treffen sich im Kreise der therapeutischen Ökonomie, und die beiden letzteren Gebiete sind wieder Teilbezirke der auf die Gesundung der Gesamtheit gerichteten sozialen Therapie. An die Wissenschaft der medizinischen Therapie stellt die soziale Versicherung fortwährend die größten Ansprüche: schon mit dem bisherigen Schatz an Methoden, Erfahrungen, Beobachtungen vermag die erstere der zweiten hervorragende Dienste zu leisten. Man hat wohl in neuester Zeit, weil man sich in Unkenntnis befand über die therapeutische Ökonomie und sich nicht die Mühe gab, dieselbe näher zu studieren, in Erwägung gezogen, die Krankenversicherung in eine reine Arbeitslosenunterstützung zu verwandeln, die ganze Therapie aus der Versicherung auszuschalten und dem freien Ermessen der Erkrankten zu überlassen. Wer hierdurch geschädigt wird, das sind die kranken Arbeiter, die Gemeinden als Träger der Armenfürsorge, die Gesellschaft und der Staat, aber keineswegs die Ärzte, deren materieller Nutzen größer sein würde. Das Großartige in der Einführung der wissenschaftlichen Therapie in die Arbeiterversicherung besteht eben darin, daß der kranke Arbeiter nicht an seiner Gesundheit spart, sondern mit Hilfe des Arztes zu neuer Kraft, zu neuer Arbeitsfähigkeit hergestellt wird, vorausgesetzt, daß der Arzt in den Grenzen seiner Kunst und seines Wirkungskreises — der Nachweis passender Arbeit ist nicht Sache des Arztes — helfen kann. Dadurch wird der einzelne Arbeiter wieder eine nützliche Zelle im sozialen Körper; der Arbeitgeber hat eine Kapitalseinlage gemacht, welche nicht an die Arbeitslosen als Almosen verwendet wird, sondern welche ihm eben durch die Herstellung der Arbeitsfähigkeit mit reichen Zinsen zurückgegeben wird. Gerade die Erfolge der individual-medizinischen Therapie sichern dem Arzte die dauernde Unentbehrlichkeit in allen Versuchen und Bestrebungen, die auf eine Besserung der Lage der Arbeiter, auf die Hygiene und Regeneration des sozialen Körpers abzielen.

Diese Ausführungen, die vielleicht etwas weitläufig erscheinen, waren erforderlich, um die Notwendigkeit und Nützlichkeit der ärztlichen Mithilfe an der Arbeiterversicherung a priori zu beweisen.

Mit der Einführung der ärztlichen Mitarbeit ist aber ein weitläufiger, kostspieliger Heilapparat verknüpft. Die Dauer der Krankenunterstützung, die Krankenhausbehandlung, die Arzneikosten, die Inanspruchnahme von Heilgehilfen, Bädern, Nährmitteln, kurz alle Mittel und Organe der Heilkunde werden durch den Arzt in die soziale Versicherung eingeführt. Will man also den Kostenanschlag für das Minimum der in die soziale Versicherung eingeführten Therapie kennen lernen, so sind die Bestandteile dieses komplizierten Heilapparates näher zu besichtigen und auf ihr Kostenminimum hin zu untersuchen. Dabei wird man nun die Entdeckung machen, daß sowohl die Heilpersonen als die Heilmittel eine Tendenz zum privaten Gewinn besitzen, welche zu dem auf den Nutzen der Gesamtheit gerichteten Ziele in schroffem Gegensatze steht.

Als Beispiel führen wir zunächst das hinsichtlich der Honorierung auffällige Verhältnis zwischen Arzt und Patient in der Privatpraxis an.

Ein und dieselbe Leistung bewertet der Arzt je nach der finanziellen Lage des Patienten gänzlich verschieden, dabei kann er diese Schätzung nur approximativ ausüben, weil ihm die Höhe des Einkommens des Patienten nicht bekannt gegeben wird. Zu dieser subjektiven Bewertung der Leistung seitens des Arztes steht die objektive Bewertung seitens des Patienten meist im umgekehrten Verhältnis: für diesen ist meist der durch sein Leiden bedingte wirtschaftliche Schaden maßgebend in der Beurteilung der ärztlichen Leistung und ein kranker Bureauangestellter beispielsweise, der nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung den Arzt honoriert und durch dessen Hilfe vor Verlust der Arbeitsstelle bewahrt wird, muß dem Arzte dankbarer sein, als der Fabrikbesitzer, der nach seinen Mitteln und seiner wirtschaftlichen Lage mit Arzt und Heilverfahren zu wechseln in der Lage ist. Obgleich also im

ersteren Falle weniger für das ärztliche Honorar ausgegeben wurde, als seitens des Kapitalisten, so ist doch im ersteren Falle der produktive Wert der ganzen Behandlung bedeutend höher, weil von ihr die Erhaltung einer wirtschaftlichen Existenz abhängig ist. Die Abortbehandlung bei einer Arbeitersfrau und bei einer reichen Hausbesitzersfrau ist in individual medizinischer Hinsicht gleich, dagegen verschieden in ihrem sozialen Wert, der bei der Arbeitersfrau, die gezwungen ist, möglichst bald wieder zu arbeiten oder den Haushalt zu führen, bedeutend höher, als bei der Hausbesitzersfrau ist. Kurz, je produktiver ärztliche Kunst für die Gesamtheit wirkt, desto geringer wird sie honoriert.

Ferner ist hier die in der Krankenversicherung angewandte Therapie anzuführen. Da ist hinzuweisen 1. auf die gutachtliche, beratende und behandelnde, aber weit unter der Gebührenordnung honorierte Tätigkeit des Kassenarztes, auf welche wir noch zurückkommen werden, 2. auf die durch den Kassenarzt angeordneten Heilmittel. Es werden, wenn wir von diesen ein Beispiel herausgreifen, dem Patienten Bäder verordnet; jeder Badeanstaltsbesitzer muß die Kosten des Betriebes des Personals, der Abnutzung usw., in Betracht ziehen, wenn er ohne geringen Verdienst die Bäder der Kasse gegenüber verbilligt. Die Badeanstaltsbesitzer schließen mit der Krankenkasse einen Tarifvertrag ab, der dem Patienten einfache Wannen- und medizinische Bäder zu nehmen ermöglicht. Der Tarif kann sich aber durch mancherlei Umstände ändern: 1. Je mehr Volksbäder erbaut werden, um so billiger werden hier die einfachen Bäder für die Krankenkassen; die Stadt, die auf eigene Rechnung diese Kollektivanstalten errichtet, trägt zu Ersparnissen der Krankenkassen bei. Die Folge ist aber eine geringere Benutzung der Privatbadeanstalten, welche nunmehr zur Forderung eines höheren Tarifes gelangen müßten, wenn die Beanspruchung von privater Seite nicht lebhaft genug und wenn nicht daran die gegenseitige Konkurrenz hinderlich wäre und wenn nicht drittens diese Privatbadeanstalten vielfach recht lebhafte Kurpfuscherei treiben würden. 2. Die Inanspruchnahme der Badeanstalten in der Krankenverordnung hängt nun aber auch wesentlich von der therapeutischen Ökonomie ab, sie wechselt mit den herrschenden „Moden", ist gegenwärtig lebhafter bei der Vorliebe für Naturheilkunde, oder sie wird auf medizinische Bäder nach einer möglichst genauen Indikation beschränkt. Gerade die therapeutische Ökonomie, welche verlangt, daß der Arzt ein Heilmittel aus zwingender Notwendigkeit und in Ansehung der Heilung verwende, widerspricht der einseitigen Anwendung von bestimmten Behandlungsmethoden.

Welches Heilmittel wir auch betrachten mögen, die Verbandsstoffe, natürlichen Mineralwasser, Medikamente, Brillen, Bandagen usw., sie alle sind dem Heilverfahren der sozialen Versicherung unentbehrlich, sie alle aber sind der privaten Fabrikation, dem privaten Gewinn unterworfen. Zwischen beiden Parteien kann ein derartiges Mißverhältnis entstehen, daß die wirtschaftliche Existenz des privaten Betriebes oder die Finanzen der Versicherung ins Wanken geraten.

Gerade dieses Verhältnis der Krankenkassen zu den Heilmitteln (im weitesten Sinne des Wortes) ist der Ausgangspunkt bedeutsamer Entwicklung sowohl der Krankenkassen als der Organe der Heilkunde geworden. Die Überbrückung zwischen privatem Gewinn und sozialem Nutzen kann stattfinden

a) auf dem Wege der Unterwerfung, Ausbeutung der einen Partei,

b) der gegenseitigen Vereinbarung.

Unabhängig von a) und b) findet die Differenzierung und Auslese in der medizinischen Therapie statt, sie ist für die Art der Heilmittel selbst, deren wechselseitige Verbindung und soziale Anwendung von der größten Bedeutung. Betrachten wir zunächst den Zustand der Unterwerfung.

1. Die finanzielle Unterwerfung der Krankenkasse unter das Heilmittel wird herbeigeführt:

I. Wenn z. B. in einem kleineren Ort der alleinige Apotheker auf den alleinigen Arzt zum Zwecke der Mehrverordnung von Arzneien einen wirtschaftlichen Druck (etwa durch Heranziehen eines zweiten Arztes) ausübt. In kleineren Städten prävalieren nämlich in der Krankenversicherung aus Ursachen, welche hier nicht weiter ausgeführt werden können, die medikamentösen Behandlungsmethoden über die physikalischen. Umgekehrt wird auch durch Bäderbehandlung, also z. B. infolge der Anstellung und des schrankenlosen Waltens eines Arztes für Wasserheilverfahren, Naturarztes, die Kasse an den Rand des finanziellen Ruins gebracht.

II. Wenn die Majorität der Versicherten primär in ihrer Erwerbsfähigkeit beschränkt ist (Kassen der Hausindustrie oder mit vielen weiblichen Mitgliedern), so daß sie häufige und langdauernde Krankheiten durchmacht und infolgedessen ein Mehr an Heilmitteln bzw. Krankenhaustagen erfordert.

III. Wenn gewisse Krankheiten unter den Versicherten sich häufen, welche verhältnismäßig teure Heilverfahren beanspruchen, ohne Arbeitsunfähigkeit zu bedingen (Geschlechtskrankheiten).

2. Die finanzielle Unterwerfung des Heilmittels unter die Krankenkasse ist verbreiteter. Von den Badeanstalten, Milchhändlern, Apothekern, Optikern pflegen von den Krankenkassen nur diejenigen zugelassen zu werden, welche auf eine möglichst niedrige Bezahlung eingehen. Mannigfache Folgen bewirkt dieses Verhalten.

a) Die genannten Gruppen stellen sich den Krankenkassen in der Annahme zur Verfügung, daß bei den zahlreichen Kranken die Masse der Aufträge das Herabgehen unter die Gebühr herausschlage. Ganz allgemein ist nämlich auszusprechen: In der Privatpraxis dirigiert der Patient sein eignes Heilverfahren, nach seinen Finanzen bemessen sich die Ausgaben und demgemäß die Inanspruchnahme von Arzt und Heilmittel; in der Versicherungspraxis dirigiert ein Sachverständiger, der behandelnde Kassenarzt das Heilverfahren und die Krankenkasse leistet alle ihm notwendig erscheinenden Aufwendungen, weil dieselben eben einen integrierenden Bestandteil des Heilverfahrens bilden.

b) Die Folge ist eine heftige Konkurrenz unter den Vertretern der Heilmittel hinsichtlich der Zulassung zur Tätigkeit bei den Krankenkassen, es entsteht diesen ein billiges Angebot. Eine weitere Folge ist das Zurücktreten jeder für die Heilung wichtigen Einzelleistung gegen deren Gesamtsumme, die Pauschalierung der Leistungen.

c) Je mehr Personen die Krankenversicherung aufnimmt (Familienangehörige, Hausindustrie), um so mehr dehnt sich die Tätigkeit der Zugelassenen aus, während die Nichtzugelassenen keine genügende Privatkundschaft mehr haben und daher leicht wirtschaftlich zugrunde gehen.

d) Die heftige Konkurrenz fördert ein Aufblühen unlauterer Arten der Bewerbung: Bestechung, Zugehörigkeit zu einer politischen Partei u. a. m.

e) Der Kranke wird zur Not- und Selbsthilfe genötigt: er muß auf eigne Kosten die nächste Apotheke, die nächste Badeanstalt aufsuchen, oder zuzahlen, wenn er nur bei dem nicht zugelassenen Bandagisten das vorgeschriebene Suspen-

sorium, Katheter, Bougie erhält, oder endlich der Patient hat unter der Pauschalierung der Leistungen zu leiden. Kurzum es entstehen die mannigfachsten und folgenschwersten Differenzen zwischen Krankenkassen, Heilmitteln und Patienten um so mehr, als die Gesetzgebung es bisher nicht für nötig befunden hat, die durch die Krankenversicherung total veränderte Lage aller Organe der Heilkunde zu revidieren.

Total verändert wurden durch die Unterwerfung unter die soziale Versicherung besonders zwei Heilpersonen, die Apotheker und die Ärzte. Diese Veränderung besteht hauptsächlich darin, daß die Leistungen, die Inanspruchnahme erhöht worden sind, während deren Bewertung und Bezahlung erniedrigt wurden. Ich habe schon oben dargelegt, wie die Ärzte, je produktiver sie sind, um so niedriger honoriert werden. Die Unterwerfung des Heilmittels unter die Krankenkasse nahm eben ihren Ausgang von der Anschauung, die Krankenkassen seien wie die öffentliche Armenpflege ein Wohltätigkeitsinstitut. Daher wurde den Kassenärzten die berüchtigte billige Verordnungsweise vorgeschrieben, weil man die Armenpflege, die praxis pauperum dadurch von der praxis privata unterschied, daß in beiden zwar dieselben Medikamente verordnet wurden, aber in jener die teuren aber schmackhafteren Sirupe, Pillen, Suppositorien, Pastillen nicht oder tunlichst nicht in Anwendung kamen. So entstanden die Magistralformen, die von Krankenkassen angefertigten billigen Verordnungen, die bekanntlich heute noch dem Kassenarzt vorgeschrieben sind, die erhöhte Inanspruchnahme des Handverkaufs. Diese traditionelle Überlieferung von der billigen Verordnung ist aber allmählich ins Wanken geraten, weil die rastlose chemische Industrie große Veränderungen in der Therapie sowohl als in der Pharmacopoe hervorrief, und weil die Therapie eine derartige Differenzierung und ein Fortschreiten erlebte, daß bei vielen Krankheiten die Chirurgie, klimatische, mechanische Heilmethoden die Medikamente gänzlich verdrängten. Seitdem man die Erkenntnis gewonnen hat, daß die teuersten Heilmittel die billigsten sind, wenn sie dem Versicherten die rascheste Heilung bringen, seit dieser Zeit ist das Gebiet der therapeutischen Ökonomie sehr umfassend geworden; sie beschränkt sich nicht mehr auf den Konsum schlecht schmeckender, oft wertloser Magistralmedizin, sondern scheut nicht zurück vor monatelangem Heilstättenaufenthalt, sogar nicht vor kostspieligen Badereisen. Die Kosten des Unterhaltes der Apotheken sind gestiegen, die Konkurrenz derselben hat sich nicht nur in Gestalt der Drogerien vermehrt, ihre Mitarbeit ist in der sozialen Versicherung im Werte bedeutend erhöht, weil das Medikament noch immer in vielen Krankheiten das wirksamste, jedenfalls ein unentbehrliches Heilmittel ist, — dennoch ist der Preis ihrer Einzelleistung — gesunken. Hier hat eben die Gesetzgebung oder die gewerkschaftliche Organisation die bessernde Hand anzulegen.

Am meisten in Mitleidenschaft gezogen wird durch ihre Unterwerfung unter die soziale Versicherung der Kassenarzt; derselbe hat bekanntlich nicht geringe Leistungen der Versicherung gegenüber: Er leitet das Heilverfahren in der häuslichen und Sprechstundenpraxis, er kennt, beurteilt und wählt die Heilmethode aus nach seinen Anschauungen, Kenntnissen und Erfahrungen der therapeutischen Ökonomie, er begutachtet die Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer, zahlreiche besondere Gutachten hat er unentgeltlich dem Patienten gegenüber zur Erlangung eines Heilstätten-, Land-, Badeaufenthaltes oder der Versicherung gegenüber ebenso kostenlos zur Feststellung der Simulation oder der Übertreibung abzugeben, er hat den Patienten bezüglich der Eheschließung, der Gesundheit der Kinder, der Wohnung, der Ernährung zu beraten und alles das für ein Honorar, das, mit Humor ausgedrückt, weit unter der Gebührenordnung liegt, und alles das zu einer Zeit, da einerseits die Ansprüche an den Arzt hinsichtlich der Höhe der Kenntnisse, des Instrumentariums, der ärztlichen Einrichtung beständig steigen und andererseits die Versicherung immer weitere Kreise zieht, immer mehr an Ausdehnung gewinnt durch Einbeziehung der Hausindustrie, der Familienversicherung, der freiwilligen Mitgliedschaft. Schlimmer als die finanzielle Unterwerfung aber, schlimmer als die Unterbietung des Honorars trotz der erhöhten Leistung, die nur von Unwissenden oder Böswilligen mit Rezeptschreiben identifiziert wird — schlimmer ist die moralische Unterwerfung des Kassenarztes. Und diese ist einzig und allein durch die gegenwärtige Art der Bewerbung entstanden.

Langsam breitete sich bei den Ärzten die Überzeugung aus, daß dieser Demoralisierung nur zu steuern sei dadurch, daß alle zur Ausübung der Kassenpraxis bereitwilligen ortsansässigen Ärzte zur kassenärztlichen Tätigkeit bei der örtlichen Versicherung zugelassen sein sollten. Dies ist der Inhalt der Bewegung für die freie Arztwahl. Die Versicherten dagegen faßten die freie Arztwahl in ihrem Sinne auf; sie wechselten mit dem Arzte, um möglichst oft Arbeitslosenunterstützung oder Krankengeld herauszuschlagen, handelte es sich aber für sie um die Beschaffung von ärztlicher Hilfe, a) in Notfällen, b) bei geheimen Krankheiten, wo namentlich in Betriebskrankenkassen ihr Geheimnis nicht genügend geschützt war, und sie leicht daraufhin die Arbeitsstelle verlieren konnten, c) in den Fällen, in denen sie spezialistische Hilfe für notwendig hielten, so bezahlten die Versicherten den Arzt der Wahl, den Nichtkassenarzt aus eigner Tasche. Auch die Krankenkassenmitglieder der staatlichen Betriebe, der Post und der Eisenbahn, machen Gebrauch von der Selbstversorgung besonders für ihre Familien und bei geheimen Krankheiten. In den letzteren Fällen kommen in den Großstädten die Polikliniken ihnen entgegen. Wenn freilich das kärglich bemessene Gehalt und der dürftige Lohn in wirtschaftlich sinkenden oder gesundheitsgefährlichen Industrien nicht zum Lebensunterhalt ausreichen, da müssen die Kassenmitglieder mit den ihnen von der Kasse erlaubten Heilmitteln und vorgeschriebenen Ärzten auskommen. Sozial und human ist das freilich nicht, aber sogar die Kassenvorstände finden das in bester Ordnung! Kurzum, für die Versicherten ist die Frage der ärztlichen Behandlung, wenn auch in einem dem Krankenversicherungsgesetze entgegengesetzten Sinne, durchaus gelöst.

Das Gesamtresultat der Unterwerfung des Arztes unter die Versicherung ist

1. die Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit der kassenärztlichen Leistung für die Kranken und deren Selbsthilfe,
2. die finanzielle und moralische Schädigung sowohl der Kassen- als der Nichtkassenärzte.

Es ist nunmehr unsere Aufgabe, den Weg der vertragmäßigen Vereinbarung zwischen Krankenkasse und Heilmittel zu betrachten. Hier müssen wir nun die letzteren unterscheiden

a) in konstante,
b) in wechselnde Heilmittel.

Die konstanten Träger und Leiter des Heilverfahrens sind die Ärzte. Die übrigen Heilmittel sind dem Wechsel der Therapie unterworfen. Der Weg der Vereinbarung findet zwischen Krankenkassen einer- und den Ärzten andrerseits statt. Die Ärzte bestimmen in jedem Krankheitsfalle durch ihr Gutachten (informatorisches Attest)

die Art des Heilverfahrens, welches den Patienten am raschesten wieder herstellt.

Diese Gutachten respektive ihre vergleichende Znsammenstellung, welche von der ärztlichen Partei in bestimmten Zeiträumen zu besorgen ist, bilden die Unterlage für die Erforschung der sozialmedizinischen Spezialwissenschaft der therapeutischen Ökonomie. Deren Ergebnisse, die brauchbarsten Heilverfahren, werden von der Allgemeinheit der Ärzte akzeptiert. Endlich würde dadurch z. B. der Unfug und antiquierte Brauch der Wasserbehandlung der Syphilis aus der Kassenpraxis verschwinden.

Wie stellt sich nun die Versicherung zu den Heilmitteln, die der Arzt für notwendig befindet? Diese werden nach Tarifen bezahlt, welchen die Wünsche der Gesamtheit der Vertreter des betreffenden Heilmittels zugrunde liegen. Das zu verwendende Heilmittel hat eine gewerkschaftliche und therapeutisch-ökonomische Bewertung. Folgendes Beispiel soll das veranschaulichen:

Das kohlensaure Bad erfordert zu seiner Herstellung gewisse Einrichtungen und Arbeit, welche die Badeanstaltbesitzer berechtigen, einen bestimmten Preis hierfür zu verlangen. Das ist der betriebliche bzw. gewerkschaftliche Wert. Da nun dieses Bad bei dem Herzkranken günstiger wirkt als ein gewöhnliches Wannenbad, so kommt bei der Berechnung der Kosten des Heilverfahrens für Herzkranke das kohlensaure Bad noch mit einem höheren Wert (dem therapeutisch-ökonomischen) in Anrechnung. Dieser therapeutisch-ökonomische Wert ist aber nicht dem Fabrikanten des Heimittels, sondern dem behandelnden Arzt gutzuschreiben, der dieses intensiv wirkende Mittel verordnete. Sowohl der betriebliche (gewerkschaftliche) als der therapeutisch-ökonomische Wert des Heilmittels wechselt, jener hängt ab von den Betriebskosten, dieser vom jeweiligen Stande der therapeutischen Wissenschaft. Deswegen ist es apriori unlohnend, daß die Versicherung das Heilmittel in eigenes Regime nimmt, im großen bezieht oder gar produzieren läßt, gerade das Gegenteil der beabsichtigten Kostenersparnis kann eintreten, ganz abgesehen davon, daß das Vorhandensein der Heilmittel zu deren übermäßiger Verordnung führen kann.

Wenn wir den betrieblichen (gewerkschaftlichen) mit dem therapeutisch-ökonomischen Wert des Heilmittels vergleichen, so müssen wir bekennen, daß jener von diesen abhängig ist, da die therapeutische Ökonomie, wie bereits betont, die Voraussetzung der sozialen Versicherung ist. Daraus ergeben sich wichtige Folgerungen.

Hierher kommt der Satz III. Dadurch, daß dem Arzt der therapeutisch-ökonomische Wert des Heilmittels gutgeschrieben wird, daß derselbe für die besten therapeutisch-ökonomischen Heilverfahren eine besondere Honorierung erhält, kann der Wettbewerb um die Heilung der Kranken im Sinne der raschesten und dauernden Herstellung der Arbeitsfähigkeit angespornt werden.

I. Wenn der therapeutische Wert des Heilmittels sinkt oder verschwindet, so fällt der Absatz desselben, die Produktion des Heilmittels wird eingestellt. Die Differenzierung und Auslese der Therapie bewirkt einen fortwährenden oft sehr erbitterten Kampf der Behandlungsmethoden um einander. Der Betrieb der Apotheken z. B. ist geblieben, aber deren therapeutisches Absatzgebiet hat sich fortwährend verkleinert, infolge der Ausbildung der physikalischen Heilmethoden.

II. Die Methode, welche siegreich aus dem Wettbewerb am Krankenbette hervorgeht, erhält in der sozialen Versicherung einen höheren (den therapeutisch-ökonomischen) Wert als dem Individuum gegenüber (rein therapeutischer Wert).

Man wird entgegnen, die Art der Behandlung soll dem Gutdünken des behandelnden Arztes überlassen bleiben. Ich erwidere, die Krankenversicherung ist ein Heil-, kein Behandlungsinstitut; deshalb ist ihr nicht gedient, wenn blutarme Personen im Krankenhause eine mehrwöchentliche Pflege durchmachen, ohne ein besonderes medikamentöses, hydrotherapeutisches oder klimatisches, gegen die Blutarmut gerichtetes Heilverfahren. Deshalb entspricht es keineswegs der therapeutischen Ökonomie, wenn die Unfallverletzten aus den Krankenhäusern entlassen werden, sobald die Wunden granulieren, und die heilgymnastische Schlußbehandlung außerhalb des Krankenhauses erfolgt. Deshalb behaupte ich, neuere Arzneimittel können in der Krankenversicherung nicht geprüft, wohl aber bei hohem praktisch erprobtem Werte ohne Rücksicht auf die Kosten verordnet werden. Deshalb behaupte ich, homöopathische Verordnungen dürfen in der Kassenpraxis im Gegensatz zur Privatpraxis nicht geduldet werden, weil ihr suggestiver Nutzen zu teuer, ihr therapeutischer Effekt wertlos ist. Deshalb dürfen Geheimmittel in der Kassenpraxis nicht verordnet werden, weil es für deren Mischungen billige und ebenso gut wirkende Ersatzmittel gibt. Deshalb gestattet die Versicherung nicht die schrankenlose Anwendung einer Methode, z. B. des Naturheilverfahrens gegen alle Krankheiten: in der Privatpraxis darf man wohl den an Bandwurm Leidenden massieren, wenn das unschädlich ist; in der Kassenpraxis ist in diesem Falle lediglich die Anwendung des Medikaments das beste und billigste Heilmittel. Deshalb stehen Magistralformeln und die meisten schematischen billigen Verordnungen im geraden Gegensatze zur therapeutischen Ökonomie.

Die kassenärztliche Tätigkeit in der Haus- und Sprechstundenpraxis bedarf also, je zentralisierter und leistungsfähiger die Versicherung wird, dringend der Reform im Sinne der therapeutischen Ökonomie: tunlichst bei jedem Patienten hat der Kassenarzt näher zu begutachten 1. den klinischen Befund und den Zustand der Erwerbsfähigkeit, 2. die Art des Heilverfahrens, das er einzuschlagen gedenkt. Dann erst verliert seine Tätigkeit den Bereich der Schablone und gewinnt einen mehr praktisch-wissenschaftlichen Charakter.

Indessen kommt für die therapeutische Ökonomie der sozialen Versicherung keine einfache, sondern eine sehr komplizierte Art der ärztlichen Tätigkeit in Betracht. Wir unterscheiden

1. die offene hausärztliche (kassenärztliche Tätigkeit, sensu strictiores),
2. die geschlossene*) hausärztliche Tätigkeit (Krankenhaus),
3. die offene spezialärztliche Wirksamkeit, als deren Unterabteilung die Poliklinik anzuführen ist,
4. die geschlossene*) spezialärztliche Wirksamkeit (Heilstätte, Sanatorium).

Diese vier verschiedenen Formen des ärztlichen Wirkens müssen in Betracht gezogen werden. Sie sind entstanden mit der Differenzierung der medizinischen Wissenschaft selbst und da diese Differenzierung keineswegs abgeschlossen ist, vielmehr mit dem Fortschreiten der Wissenschaft häufig genug spezialistische Behandlung Allgemeingut der Ärzte wird, umgekehrt sich von der allgemeinärztlichen Praxis spezialistische Methoden ablösen, so muß die therapeutische Ökonomie hiervon fortwährend beeinflußt und verändert werden. Gegenwärtig stehen diese vier Arztformen keineswegs in einem zweckmäßigen Verhältnis zur therapeutischen Ökonomie. Betrachten wir ihre verschiedenen Aufgaben näher. Das Krankenhaus hat zunächst den Zweck, die offene hausärztliche Praxis zu ersetzen. Dies geschieht a) in Krankheitsfällen, welche der Absonderung (Isolierung) wegen Gefahr der Weiterverbreitung einer Infektion oder wegen Gefährdung der persönlichen Sicherheit der Familie und Umgebung bedürfen, also bei Infektiösen und Geisteskranken. Zweitens

*) „Geschlossen" hat hier den Sinn in sich geschlossen, nicht von der Gesellschaft abgeschlossen.

aber tritt die geschlossene (Anstalts) Pflege an die Stelle der offenen dort, wo die letztere mangels einer Wohnung oder mangels einer geeigneten Pflege nicht ausreichend ist. Drittens tritt in vielen Krankenhäusern, besonders der Großstädte die geschlossene spezialärztliche Wirksamkeit namentlich auf dem Gebiete der Chirurgie, inneren und Hautkrankheiten hinzu. Dadurch wird dieser ärztliche Mechanismus recht kompliziert und konkurriert nicht nur mannigfach mit den anderen Arztformen, sondern wird auch zu einer allerdings unzureichenden Art der Lösung der Wohnungs- und Ernährungsfrage der Arbeiter. Nicht jede ansteckende Krankheit bedarf der Anstaltspflege:

a) wenn die Ansteckung nicht einhergeht mit einer Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit, so ist die Aufnahme des Infektiösen, falls derselbe ausreichende Wohnung und Beköstigung hat, nur berechtigt, wenn die ärztliche Behandlung der offenen Pflege nicht ausreicht, oder wenn das Heilverfahren in der geschlossenen Pflege intensiver und in kürzerer Zeit als in der offenen ausgeführt werden kann. Beispiele: Die nicht komplizierte Gonorrhoe und Lues stören trotz ihrer Ansteckungsgefahr nicht die Arbeitsfähigkeit. Diese Patienten können vom Arzt belehrt und darauf hingewiesen werden, wodurch sie eine Infektion ihrer Umgebung verhüten können. In der Versicherungspraxis ist jedenfalls die Krankenhausbehandlung der nicht komplizierten Gonorrhoe und Lues das teuerste Heilverfahren, weil jeder Verpflegungstag Geld kostet; es ist ferner ein Heilverfahren, welches sehr wohl vom allgemein tätigen Arzt ausgeführt werden kann, und nur in komplizierten Fällen ist das Eingreifen eines Spezialisten notwendig. Bei der niedrigen Pauschalhonorierung oder bei der überaus niedrigen Honorierung der Einzelleistungen*) der Kassenärzte oder gar bei der Überhäufung einiger fest angestellter Ärzte mit Kassenpatienten ist die Krankenhausbehandlung der Geschlechtskrankheiten ein beliebter Ausweg.

b) Anders steht es beim Typhus. Die Arbeitsfähigkeit ist bei dieser Krankheit geschwunden, die Gefahr der Infektion der Umgebung bedeutend größer als bei Lues und Gonorrhoe; häufige Temperaturmessungen, häufige Kontrolle durch den Arzt, eine sachverständige Krankenpflege und Ernährung steigern hier die Kosten der häuslichen Behandlung für die Versicherung. Es stellt also hier die Krankenhausbehandlung scheinbar das billigste Heilverfahren dar. Scheinbar, denn 1. der von der Krankenversicherung pro Tag entrichtete Zuschuß reicht bekanntlich nicht aus, die Kosten der Krankenernährung geschweige denn des Baues besonderer Baracken, besonderer Badeeinrichtung u. a. m. zu decken, die Verwaltung des Krankenhauses, in letzter Linie die Stadt trägt das Difizit. 2. Die Ärzte, die männlichen und weiblichen Pfleger stellen sich mit eigner Lebensgefahr ohne entsprechenden Entgelt in den Dienst dieser Kranken. Mit anderen Worten: die Abteilungen für Infektionskrankheiten stellen für die Versicherung geschlossene spezialärztliche Heilstätten dar, deren Kosten am wenigsten die Versicherung selbst, vielmehr die Stadt und die angestellten Ärzte und das Pflegepersonal tragen.

In der erstaufgeführten Gruppe von Infektionen ist das Krankenhaus für die Versicherung entbehrlich, in der zweiten Gruppe ein billiges Sanatorium. Ich bin der Ansicht, daß mit der Zentralisation und steigenden Leistungsfähigkeit und ferner mit tatkräftigen, sozialen Reformen auf dem Gebiete des Wohnungswesens sowohl die offene hausärztliche, als die offene und geschlossene spezialärztliche Behandlungsform das Krankenhaus immer mehr zurückdrängen, respektive in reine spezialärztliche Heilstätten umwandeln werden. Freilich müssen zu dieser Entwicklung auch die Fortschritte der ärztlichen Gewerkschaft in Hinsicht auf die Bezahlung der Einzelleistungen drängen.

Gehen wir nunmehr zur Betrachtung der spezialistischen Arztform über, so können wir deutlich sehen, wie sehr dieselbe im Dienste der therapeutischen Ökonomie steht. Dieses gilt sowohl im Hinblick auf die Erkenntnis, als auf die Heilung der Krankheit. Die chirurgischen Spezialisten (im weitesten Sinne des Wortes, also auch Augen-, Hals-, Nasen-, Ohrenärzte) bewirken durch ihre Kunst eine auch dem Laien auffällige Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit, die inneren Spezialisten, die so vielen unheilbaren Krankheiten gegenüberstehen, wirken im Sinne der geeigneten Behandlung, der längere Zeit in Anspruch nehmenden Heilung, der Krankheitsverhütung, der Auswahl einer geeigneten Beschäftigung. Jene stellen in den Dienst der Versicherung — man darf ruhig sagen — kostenlos ein teures, rasch sich abnützendes Instrumentarium; diese kommen durch die Kombination und die längere Dauer der Heilverfahren auf dem Gebiete der inneren Krankheiten der Versicherung scheinbar teurer zu stehen als jene. Beide Gruppen benutzen in der Neuzeit immer mehr zur rascheren, intensiveren Heilung das geschlossene, spezialärztliche Heilverfahren, das Sanatorium, die Heilstätte. Man hat fälschlich die Privatkliniken für Chirurgie, Magen-, Darm- u. a. Krankheiten als moderne ärztliche Großbetriebe bezeichnet, welche die Kleinbetriebe verdrängen müßten. Das Sanatorium ist vielmehr ein geschlossenes System, eine private Kombination von Heilmitteln, welche geschickt zu einem therapeutischen Endziel von dem Unternehmer verknüpft werden. Das Sanatorium ist ein ärztlicher Betrieb, der einem speziellen Heilverfahren angepaßt ist. Die Bezeichnung Klein- und Großbetrieb paßt auf die Ärzte genau so wenig, wie auf die Arbeiter. Gegenwärtig ist die Neigung zu Sanatorien und deren Gründung recht lebhaft; aber nur derjenige wird sie überschätzen, nur der ihre Alleinherrschaft den hausärztlichen „Kleinbetrieben" gegenüber wünschen, der das Fortschreiten der Therapie nicht einsehen will, der es übergeht, daß es sich vielfach um temporäre, nicht stationäre Heilinstitute handelt, der überall den Kranken aus der Familie, aus der Einzelpflege in die Anstalt überführen will. Derartigen Übertreibungen darf die soziale Versicherung kein Ohr leihen, wenn sie gemäß der therapeutischen Ökonomie verwaltet wird. In diese Kategorie gehören auch Badekuren, d. h. die Anwendung natürlicher Heilfaktoren am Orte der Entstehung derselben mit Hilfe eines Arztes. Auch diese wegen ihrer Kosten von den Krankenkassen bisher vernachlässigten Heilstätten spielen für die therapeutische Ökonomie eine bedeutende Rolle. Nicht wenigen Kranken bringen sie Heilung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit, vorausgesetzt, daß eine richtige Auswahl des Bades und des Kranken getroffen wird.

Wir kommen nunmehr auf das Verhältnis der Spezialisierung zur allgemein ärztlichen Tätigkeit zu sprechen und haben die ursächlichen Momente der Spezialisierung kennen zu lernen. Wir haben bereits:

I. die Differenzierung der medizinischen Wissenschaft als eine Ursache der Spezialisierung kennen gelernt. Dabei handelt es sich aber nicht um eine Arbeitsteilung wie bei den Industriearbeitern; vielmehr wird bekanntlich das einzelne Organ immer

*) Eine in der Kassenpraxis durchgeführte Einspritzungskur, die nach den obigen Darlegungen über den therapeutisch-ökonomischen Wert der Heilmittel besonders hoch honoriert werden müßte, wird heute den Kassenärzten gar nicht oder selbst bei den heutigen Kassen mit freier Arztwahl als gewöhnliche Einzelleistung mit 30 bis 50 Pf. bezahlt. Die Kasse müßte gewähren: 1. die Subkutanspritze, 2. eine besondere Gebühr für die doch mehrere Minuten und exakte Desinfektion bzw. Sterilisierung erfordernden Einspritzungen.

in Verknüpfung mit dem ganzen Organismus untersucht und behandelt.

II. Die Beschäftigung der Spezialärzte müßte also im Zusammenhange mit den allgemein tätigen Ärzten von der ärztlichen Gewerkschaft geregelt und zweckmäßig verteilt werden. Tatsächlich aber unterliegen, zumal diese sich noch im embryonalen Zustande befindet, alle Ärzte nach Gesetz der Gewerbefreiheit, und daher siedeln sich die Spezialisten mit Vorliebe in den Großstädten an — nicht als ob auf den stark bevölkerten Kreisen des flachen Landes kein Bedürfnis für Spezialisten vorliegt *) — sondern weil die Bevölkerung der Großstadt die Spezialisten mehr aufsucht.

III. Die Tätigkeit der Spezialisten wird meist höher honoriert; dieser Umstand veranlaßt viele allgemein praktizierende Ärzte sich zu spezialisieren.

IV. In vielen Fällen liegt die Ursache der Spezialisierung in staatlichen Einrichtungen oder gesellschaftlichen Zuständen. 1. Das Unfallversicherungsgesetz ist der Ausgangspunkt für die Erforschung der Beziehungen zwischen Unfall und Krankheit geworden; die Orthopädie und Massage hat infolgedessen einen breiteren Anwendungskreis, eine steigende Zahl ihrer tätigen Vertreter erlangt. 2. Die zur Bekämpfung der Tuberkulose und des Alkoholismus errichteten Sanatorien sind im Zunehmen begriffen, seitdem die Gesellschaft ein lebhafteres Interesse für Beseitigung dieser Krankheiten an den Tag legt. 3. Mit der Zunahme der Geschlechtskrankheiten und der Ehelosigkeit wächst die Zahl der Spezialisten auf diesem Gebiete.

Man sieht, die Vermehrung der Spezialisten ist auf verschiedene Ursachen zurückzuführen, aber es handelt sich hier um eine vorübergehende Erscheinung. Wie die Jennersche Pockenimpfung die Pockenhäuser überflüssig machte, das Behringsche Heilserum die Gefahren der Diphtherie verringerte, so wird ein künftiges Spezifikum gegen die Tuberkulose ein gegenwärtig spezialisiertes Gebiet dem ärztlichen Allgemeinpraktiker zurückführen, und je eifriger die Gesellschaft als solche den Kampf gegen die Trunksucht aufnimmt, um so mehr wird die Zahl der Trinkerheilstätten reduziert werden. Sowohl die Fortschritte auf individuell-therapeutischem Gebiete als ernstliche soziale Reformen dienen dazu, einer exzessiven Arbeitsteilung auf ärztlichem Gebiete die Zügel anzulegen.

Es bleibt nunmehr noch übrig, kurz einzugehen auf „Spezial"-kassenärzte, Polikliniken und die Vertrauensärzte der Versicherung.

Seit Bestehen des Krankenversicherungsgesetzes ist bei den maßgebenden Personen die Theorie weit verbreitet, daß nur einzelne Ärzte die Fähigkeit besitzen, tüchtige Kassenärzte zu sein, daß es also Spezialisten für die Ausübung der ärztlichen Kassenpraxis geben sollte. „Wem Gott gibt ein Amt, dem gibt er auch Verstand." Schon jetzt aber ist diese herrschende Anschauung unhaltbar, denn das Institut der „Spezialkassenärzte" befördert die Selbstversorgung der Versicherten, es schafft zwar Ersparnisse, aber auf Kosten der Versicherten, es macht einen ausgedehnten Gebrauch wirklicher Spezialisten nicht überflüssig und steht daher im geraden Gegensatz zur therapeutischen Ökonomie. Diese fest angestellten (Bezirks-Distriksärzte) sind tatsächlich nicht Spezialisten — denn wer könnte wohl Spezialist für alle Teilgebiete der Medizin sein — sondern Vertrauensärzte der Krankenkassen; dasselbe gilt von den Knappschaftskassen- und Bahnkassenärzten.

Der Vertrauensarzt ist in der gegenwärtigen Versicherung ein weit verbreiteter, ärztlicher Beamter mit ziemlich unklaren Funktionen. Bei den meisten Krankenkassen dient er zur Feststellung der Simulation, der Notwendigkeit besonderer Ausgaben für den Kranken, wie Zahngebisse, Landaufenthalt u. a. Weil auf die Begutachtung durch die Kassenärzte in der gegenwärtigen Versicherung kein Wert gelegt wird, ist das Institut des Vertrauensarztes zumeist die einzige Form der Begutachtung. Und das hat seine Schwierigkeiten, weil ja der Vertrauensarzt dann wieder Spezialkenntnisse auf dem Gebiete der Zahn-, inneren und chirurgischen Leiden haben muß. Statt des einen Vertrauensarztes müßten also mehrere Spezialärzte des Vertrauens fungieren.

Für die zahlreiche Sonderanstellung von Vertrauensärzten gibt es vier Hauptursachen: 1. die Dreiteilung, in Unfall-, Invaliditäts- und Krankenversicherung, 2. die Zersplitterung der Krankenkassen in Orts-, Betriebs- und Innungs- usw. Krankenkassen, 3. die gesetzliche Verschiedenheit des Begriffes der Invalidität und die Einführung der Rente in die Therapie der Invalidität, 4. die Unkenntnis der Beziehungen zwischen Krankheit und Arbeit, die Pathologie des Berufes, Probleme, die der Vertrauensarzt nach subjektivem Ermessen d. h. oft im Sinne der Versicherung zu lösen meint. Jedenfalls sind diese Vertrauensärzte ebensowenig wie die beamteten Ärzte Spezialisten im Sinne der therapeutischen Ökonomie.

Die Polikliniken sind von den größeren Städten errichtet worden, um ohne Kosten die Sprechstundenbehandlung der kranken Stadtarmen auszuführen. Mit der Spezialisierung der Medizin wurden diese Institute immer mehr von Spezialisten errichtet, um als Entgelt für die kostenlose Behandlung ein bequemes und reichliches Übungsmaterial zu erlangen. Mit der Zunahme der medizinischen Privatdozenten, denen kein anderweitiges Krankenmaterial von der Unterrichtsverwaltung zur Verfügung gestellt wurde, wurden zahlreiche Polikliniken auch Lehrinstitute. Die gegenwärtige Krankenversicherung ist bei dem geringen Honorar, das sie den Spezialärzten zahlt, auf die Mitbenutzung dieser Beratungsanstalten angewiesen, sie hat so zu deren wachsender Frequenz beigetragen. Die Folge war eine ungenügende ärztliche und moralisch kränkende Abfertigung der Versicherten als Besucher einer Poliklinik.

Die Poliklinik ist eine Verlegenheitseinrichtung der sparenden Behörden. Aber für die Versicherungspraxis bedeutet sie keine Ersparnis sondern Verschwendung. Bekanntlich drängte dieselbe Ortskrankenkasse zu Leipzig, welche die Gründung der Beratungsanstalten begeistert ins Werk genommen hatte, nach genügender Erprobung zu deren Abschaffung. Der Versicherung stellen sich bei ausreichender Honorierung in der Sprechstunde sowohl als zur häuslichen oder geschlossenen Behandlung genug Spezialisten zur Verfügung, so daß auch das zur Heilung immer erforderliche Vertrauen zum Arzt, die ärztlichen Imponderabilien im Gegensatz zur Nummerbehandlung der Poliklinik dem Versicherten geboten wird.

Indem ich den Lesern dieser Zeitschrift die Bestandteile eines komplizierten Heilapparates darstellte, war ich mir bewußt, ein wichtiges Feld der ärztlichen Sachverständigentätigkeit betreten zu haben. Nur durch die Publikation und Vergleichung einschlägiger Einzelbeobachtungen und Erfahrungen kann dieser Zweig praktischer Sozialwissenschaft weiter ausgebaut werden. Aber die Gesetzgebung muß endlich die Maschinerie dieses komplizierten Heilapparates kennen und würdigen lernen, damit derselbe richtig und zum Nutzen der Gesamtheit tätig ist, damit endlich mit einer Sozialpolitik gebrochen wird, welche einen Stand proletarisiert, um einem anderen Stande aufzuhelfen.

*) In den Garnisonstädten pflegen die Militärärzte die nicht vorhandenen Spezialärzte zu ersetzen.

Referate.

Sammelbericht.

Bericht über die oto-rhinologische Literatur in ihrer Beziehung zur Sachverständigen-Tätigkeit

für das Wintersemester 1904/05.

Von Dr. Nadoleczny, München.

Beginnen wir unseren Bericht zunächst mit den Verletzungen des Gehörorgans, die wohl am häufigsten Gegenstand gerichtlicher Gutachten sind. An die Spitze der einschlägigen Publikationen mögen zwei Arbeiten besprochen werden, die abgesehen von ihrem theoretischen, besonders auch militärärztliches Interesse haben.

1. **Ostino**, Les lésions de l'organe de l'ouïe par détonations d'armes et de bouches à feu. Giornale med. del R. esercito 52 Vol. Mai 1904.

2. **Mancioli**, La membrane du tympan et les détonations d'armes à feu. Revue hébd de laryngol. etc. Nr. 51/04.

3. **Baurowicz**, Zur Entstehung des Trommelfellrisses durch Kopfknochenerschütterung. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde Nr. 9. September 1904.

4. **E. Jürgens**, Ein Fall von Verätzung der Vena jugularis u. Arteria carotis vom Ohr aus und Tod durch Blutung aus denselben. Monatsschr. f. Ohrenheilkunde Nr. 10. Oktober 1904.

5. **Schwarz** (Gleiwitz), Traumatische Karies des Schläfenbeins. Versamml. Deutscher Naturforscher u. Ärzte. Breslau 1904. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilkunde 49, S. 50.

6. **Laurens**, Trepanation de labyrinthe pour corps étranger enclavé dans un canal demi-circulaire. Guerison Archives internationales d'otologie etc. XIX, S. 86.

7. **Katz**, Operativ geheilter Fall von Labyrinthnekrose mit Ausstoßung der ganzen Schnecke. Berliner klin. Wochenschr. 40. 1904.

8. **Mignon**, Othématome spontané chez un enfant. Bulletins et mémoires de la société Française d'otologie. XX. 2. S. 227.

Ostino (1) hält die Trommelfellrupturen nach Geschützdetonationen nicht für alleinige Folgen der Luftdruckvermehrung, denn diese ist gering und mit dem Manometer nicht nachweisbar. Wichtiger scheint ihm die Tonwelle, die vom Trommelfell teilweise reflektiert wird, also dessen Erschütterung bewirkt. Prädisponierend für Labyrinthaffektionen bei solchen Traumen ist frische Lues, für Trommelfellruptur geheilte Otitis, Tubenstenose und weite Mittelohrräume. Die Symptome sind bekanntlich Ohrensausen und Schwerhörigkeit. Die Artilleristentaubheit ist zwar labyrinthär, aber oft mit chronischem Mittelohrkatarrh kompliziert. In letzterem Falle hat sie eine bessere Prognose. Nach der Detonation von Geschützen kann man am Trommelfell Rötung, seltener kleine Hämorrhagien beobachten. Vom Dienst bei der Artillerie sind alle Personen auszuschließen, die eine eitrige Mittelohrentzündung durchgemacht haben, mit chronischem Mittelohrkatarrh oder adenoiden Vegetationen behaftet sind. Die Behandlung der Labyrinthaffektionen kann versuchsweise mit Pilokarpin oder Jodkali eingeleitet werden. Unglaublich klingt es, wenn Ostino vorschlägt, bei traumatischer Ruptur des Trommelfells mit Blutung in den Gehörgang eine antiseptische Spülung zu machen, um der Eiterung vorzubeugen und dann zu tamponieren. Weniger Polypragmasie wäre hier mehr zu empfehlen. Mancioli (2) ist auch der Ansicht, daß die Irritation bei der Detonation weniger vom Druck als von der Tonstärke abhängt. In Betracht kommt aber noch eine starke Kontraktion des tensor tympani. Er hat Versuche an Kaninchen gemacht, bei denen allerdings eine Reflexkontraktion dieses Muskels ausblieb. Er hält eine traumatische Ruptur bei Geschützentladungen für unmöglich, wenn nicht alte oder frische Trommelfellläsionen schon vorhanden sind.

Baurowicz (3) hält die bei Erschütterung der Kopfknochen auftretenden Trommelfellrisse für durch Überdehnung verursachte Berstungsbrüche. bedingt durch den vermöge der Elastizität der Schädelknochen hervorgerufenen Contrecoup. Er beschreibt zwei Fälle: Ein Bahnbediensteter stieß, auf der Wagenplattform stehend, mit der linken Hinterkopfseite an eine Planke: Kopfschmerz, Ohrensausen, Taubheitsgefühl im rechten Ohr. Untersuchung neun Tage nach dem Unfall ergab: Trommelfelle: links Einziehung und Trübung, rechts kleinerbsengroße Perforation im hinteren unteren Quadranten am Umbo, deren Ränder reaktiv entzündet waren. Hörweite für Flüstersprache nur $^1/_4$ m. Stimmgabel vom Scheitel aus nach rechts besser gehört. Da der Patient, bevor er in B.'s Behandlung kam, schon zweimal ausgespritzt worden war (Kunstfehler!), so trat nach ein paar Tagen eine glücklicherweise kurzdauernde Eiterung ein. Ein späterer Versuch, das Loch durch Anätzung der Wundränder zu schließen, mißlang. Ein anderer Patient erhielt Faustschläge hinters linke Ohr, worauf Schwerhörigkeit und Blutung eintrat. Am fünften Tage konstatierte B. eine große Perforation der hinteren Trommelfellhälfte. Der so entstandene Lappen lag umgeklappt auf der vorderen Trommelfellpartie. Die Labyrinthwand schien intakt. B. gelang es, den Lappen zu reponieren; sofort hörte der Patient besser, worauf dann tamponiert wurde. Der Lappen wuchs an. Es war der hintere Teil des Trommelfells am annulus fibrocartilagineus abgerissen, daher auch stärkere Blutung, wie immer bei randständigen Rissen.

E. Jürgens (4) berichtet über einen Soldaten, der wegen rechtsseitiger Fazialislähmung der Nervenabteilung überwiesen war. Er hatte aber eine gleichseitige Ohreiterung mit Blutungen, die auf Tamponade standen, sich aber 10- bis 15 mal wiederholten und von Erbrechen begleitet waren. Sie führten zu schwerer Anämie. Nach Reinigung des Ohres wurde eine fötide Mittelohrvereiterung festgestellt, die infolge einer Schwefelsäure-Verätzung und Verschorfung des häutigen und knöchernen Gehörgangs und des Trommelfells entstanden war. In der Tiefe sah man eine graue pulsierende Masse an Stelle der fehlenden Vorderwand der Paukenhöhle. Nach dreiwöchentlicher Behandlung trat Fieber auf, das zwölf Tage zwischen 38 und 39[1] schwankte. Die Totalaufmeißelung ergab Nekrotisierung des Felsenbeins. Unterbindung der Karotis und Jugularis war wegen der Anastomosen zwecklos. Der Tod trat nach zehn Tagen ein. Die Blutungen hatten ihren Weg durch die Tube auch in die Nasen- und Mundhöhle gefunden, sie förderten Karotis- und Jugularisblut gemeinsam zutage. Es handelte sich wieder einmal um einen der in Polen und Österreich so häufigen Selbstverstümmelungsversuche eines Soldaten.

Schwarz (5) beschreibt zwei folgenschwere Verletzungen des Schläfenbeins. Den einen seiner Patienten hatte eine Spitzhacke am Kopf getroffen. Ohrschmerz rechts und erhebliche Schwerhörigkeit waren die Folge. Doch erschienen die Trommelfelle zunächst normal, und erst nach sechs Wochen trat rechts eine Rötung auf. Nach acht Wochen stieg die Temperatur auf 39° C. Es wurde eine akute exsudative Mittelohrentzündung rechterseits konstatiert, verbunden mit Mastoiditis, die operativ geheilt wurde. Auffallend war die fahle Gesichtsfarbe des Verletzten während der ganzen Beobachtungszeit. Im zweiten Falle handelte es sich um ein älteres Leiden, das an ein drei Jahre früher erfolgtes Trauma der linken Ohrgegend anschloß. Es war darnach zuerst blutiger Schleimabfluß durch die Nase abgegangen, später bisweilen Ohreiterung und Schwerhörigkeit links, auch Schwindel. Schwarz konstatierte nun eine tiefe Narbe an Stelle der Spitze des linken Warzenfortsatzes, im Trommelfell ferner zwei Perfo-

rationen, zwischen denen in der Mitte von oben nach unten ein Streifen der erhaltenen Membran zog, schließlich einen Defekt der hinteren häutigen und knöchernen Gehörgangswand bis auf 8 mm vom porus acusticus externus. Durch den 3—4 mm breiten Schlitz konnte man ins Antrum mastoideum hineinsehen, das mit abschilferndem Epithel ausgekleidet war. Die Fissur verlief parallel der Achse des äußeren Gehörgangs, der jedenfalls anfangs zugeschwollen war, daher damals der Sekretabfluß durch die Tube in die Nase. Die Taubheit war links vollkommen.

Laurens (6) hat eine Patientin, die beinahe an den berüchtigten Fremdkörperextraktionen zugrunde gegangen wäre, noch glücklich retten können. Sie soll sich als Kind Kieselsteine in den Gehörgang gebracht haben, von denen einer darin geblieben sei. Ein Arzt, der ihn (angeblich!) gesehen hat, machte Extraktionsversuche mit Spülungen, Pinzetten und Sonden, schließlich ohne Erfolg die Ablösung der Ohrmuschel in Narkose. Bei der vorher normalhörigen Patientin stellten sich dann Taubheit, Schwindel, Erbrechen und Schmerzen ein. Als Grund für diese Labyrinthsymptome fand Laurens bei der Operation ein Stahlstück von einer Kurette im horizontalen Bogengang, das nebenbei eine Mastoiditis verursacht hatte. Nach zehn Tagen waren die bedrohlichen Symptome geschwunden, nach zwei Monaten erfolgte die Heilung. Den Stein hat niemals jemand gefunden.

Der Patient von Katz (7), ein 24jähriger Schlosser, hat sein Leiden einem Kopfsprung ins Wasser zu verdanken, bei welcher Gelegenheit er in tiefen Schlamm geriet. Er war damals elf Jahre alt. Ins rechte Ohr war angeblich Schlamm gekommen, woraufSchwerhörigkeit und Schmerzen sich eingestellt hatten. Seither leidet er an einer chronischen Mittelohreiterung. Katz stellte 1902 ein Cholesteatom mit Perforation der membrana flaccida fest. Labyrinthsymptome und Mitte Januar 1903 eine Lähmung der rechten Gesichtsnerven ließen die Affektion recht bedrohlich erscheinen, bis sich endlich Anfang Februar der Patient zur Operation verstand. Im Laufe der Nachbehandlung wurde dann ein Schneckensequester entfernt, worauf die Eiterung heilte, natürlich mit vollständiger Taubheit rechts und ohne subjektive Geräusche. Die Fazialislähmung war nach acht Tagen geheilt, obwohl vom Labyrinth nur der Schneckenteil abgestoßen wurde.

Zum Schlusse dieses Abschnittes sei eine Beobachtung von Mignon (8) erwähnt, die das Othämatom betrifft. Diese Affektion ist bekanntlich meist traumatischen Ursprungs. Mignon hat nun am linken Ohr eines neunjährigen Knaben eine solche Ohrblutgeschwulst im Laufe eines Monats sich ausbilden sehen. Sie blieb dann einen Monat lang stationär und heilte nach der Punktion in fünf Tagen. Eine traumatische Ursache war nicht festzustellen.

Im folgenden Abschnitt sollen nun einige Arbeiten besprochen werden, die sich mit nervösen und psychischen Alterationen otogener Natur beschäftigen, deren Kenntnis für den Sachverständigen nicht nur dann von Interesse ist, wenn es sich um Traumen handelt, sondern ganz besonders auch hinsichtlich der Begutachtung der Arbeitsfähigkeit.

9. **Stenger,** Über die Arten der nach Kopfverletzungen auftretenden Neurosen. Die traumatischen Labyrinthneurosen. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 2, 1905.

10. **Schwarz,** Ein objektiver Nachweis von Störungen des Gleichgewichtssinnes bei Verletzungen der Hörorgane zum Zweck der gutachtlichen Beurteilung der aus den Unfallfolgen resultierenden Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Unfallgesetzes. Versamml. deutscher Naturf.-Ärzte. Breslau 1904. Ref. Zeitschr. f. Ohrenheilk. 49, S. 51.

11. **Dölger,** Hysterische rechtsseitige Taubheit mit gleichzeitiger Hyperästhesie des äußeren Ohres. Münchener med. Wochenschr. Nr. 14, 1905.

12. **Régis,** Maladies de l'oreille et hallucinations de l'ouïe. Journal de medicine de Bordeaux. Nr. 30, 1904, S. 547.

13. **Toubert,** Influence de la cure des otites suppurées sur certaines affections mentales concomitantes. Bulletins et mémoires de la société Française d'otologie. 1904, T. XX, 2, S. 38.

14. **Bonain,** Deux observations intéréssantes de complications endocraniennes d'otite moyenne suppurée. Ibidem S. 25.

Der Menièresche Symptomenkomplex und seine allgemeinen nervösen Beschwerden werden nach der Schwere der objektiven Labyrinthsymptome beurteilt, ebenso sind nach Stenger (9) die Labyrinthtraumen zu begutachten. Ihre Hauptsymptome sind zunächst Chok, Bewußtlosigkeit bis Verwirrtheit, dann eventuell erst die eigentlichen Labyrinthsymptome oder Chok ohne Bewußtseinsstörungen und erst längere Zeit nachher auftretende Labyrinthsymptome. Zur Differentialdiagnose von der traumatischen Neurose beachte man, daß bei Labyrinthläsionen Schwindel und Hörstörungen auftreten. Waren diese Symptome zu konstatieren, so müssen nachfolgende allgemein nervöse Beschwerden auf die Labyrinthverletzungen bezogen werden: also ist dann nicht einfach eine traumatische Neurose, sondern eine traumatische Labyrinthneurose anzunehmen. Ausschlaggebend bleibt hier die exakte Untersuchung möglichst rasch und dann auch noch später nach dem Unfall.

Schwarz (10) hoffte eine Methode zum objektiven Nachweis von Gleichgewichtsstörungen nach Traumen darin gefunden zu haben, daß die Pulsfrequenz und Pulskurve bei solchen Patienten charakteristische Veränderungen beim Bücken zeige, und zwar eine Steigerung beim Bücken und eine neue Frequenzsteigerung beim Aufrichten, ferner eine deutliche Unregelmäßigkeit. In der Diskussion, die seinem Vortrage folgte, wird aber die Annahme eines konstanten Verhältnisses zwischen Pulsfrequenz und Schwindel von Schilling und Hinsberg bestritten. Letzterer hat z. B. während eines Menièreschen Anfalls auch Pulsverlangsamung gesehen.

Dölger (11) hat ein zwölfjähriges Mädchen beobachtet, das vor sechs Jahren nach einem Sturz in einen Graben aus Mund und Nase blutete, aber keine Ohraffektion davontrug. Mit acht Jahren überstand sie eine Pneumonie und im Anschluß daran eine rechtsseitige Mittelohrentzündung. Neuerdings gleichzeitige Ohr- und Kopfschmerzen. Auffallende Druckempfindlichkeit des Warzenteils und Berührungsempfindlichkeit der Gehörgangswände, bei sonst normalem Befund. Dabei Taubheit für Flüstersprache rechts und Aufhebung der Kopfknochenleitung ebenda. Temperatur 37^5. Pharyngotonsillitis acuta. Nach 14 Tagen war das Gehör rechts wieder da, und zwar ebensogut wie links. Es waren noch Schwindelanfälle und Übelkeiten hinzugekommen. Charakteristisch aber war die Überempfindlichkeit der unteren Wand des knöchernen Gehörgangs. Die rechtzeitige Diagnose: Hysterie schützte die Patientin vor operativen Eingriffen, an die man hätte denken können.

Régis (12) klassifiziert die Ohrenkranken mit subjektiven Geräuschen wie folgt: I. Indifferente; II. solche, die unter den subjektiven Geräuschen leiden, neurasthenisch, hypochondrisch und mißtrauisch werden; III. solche, bei denen durch subjektive Geräusche Halluzinationen ausgelöst werden. Diese können z. B. Gesänge hören, wissen aber, daß sie im Ohre selbst entstehen (einseitig), andere wissen es zwar nicht, reagieren aber auch nicht darauf. Eine dritte Kategorie leidet an Delirien und an Verfolgungswahn. Die Halluzination ist immer an das Ohrenleiden geknüpft und davon abhängig, ob jenes ein einseitiges, ein doppelseitiges bzw. ein einseitig stärkeres ist.

Toubert (13) gibt eine Einteilung der Fälle von otitis media acuta perforativa, kompliziert mit Psychosen. Eine Gruppe bildet er aus jenen, bei denen zwar die Ohreiterung, nicht aber die Psychose heilt. Hierzu teilt er vier Fälle aus der Literatur mit. Bei einer anderen Gruppe heilt nur die Psychose, dagegen die Ohreiterung nicht. Zu einer dritten Gruppe vereinigt er neun Fälle aus der Literatur und zwei eigene Beobachtungen, bei denen beide Affektionen gleichzeitig heilten. Der eine seiner Patienten litt an chronischer Mastoiditis und hatte daneben manische Zustände. Seit der Operation wichen diese zuerst einer Depression, worauf dann das psysische Gleichgewicht sich wiederherstellte. Im zweiten Fall handelte es um das gleiche Ohrenleiden, begleitet von Halluzinationen und Verfolgungsideen. Nach der Operation verschwand die Psychose, ebenso eine partielle Fazialislähmung. Die Reize, welche Psychosen auslösen können, sind nach T. die Kompression durch Eiterretention, ferner anatomische Läsionen der Hirnhäute und schließlich die Einwirkung auf das Zirkulations- und Nervensystem überhaupt. Die Literaturangaben sind leider nicht vollständig, so fehlt z. B. der Fall von Pettazzi. (Arch. Ital. di Otol. X. 4.) Anhangweise sei hier noch eine Publikation von Bonain (14) erwähnt, die einen seltenen Todesfall zum Gegenstand hat. Sein Patient litt an zehnjähriger Ohreiterung und war wegen Mastoiditis operiert. Eine konsekutive Fazialislähmung machte zwei Monate später eine elektrodiagnostische Untersuchung nötig. Es wurde eine partielle Degeneration mit guter Prognose festgestellt. Nach der Untersuchung fühlte sich der Patient unwohl und ging früh zu Bett wegen Kopfschmerzen. Nachts hatte er Erbrechen, am anderen Morgen Fieber von 39^5 C. Puls 80 und vollkommenen Stupor. Nachmittags sank die Temperatur auf 37^5. In der Annahme einer meningealen Blutung ließ man den Patienten ruhig liegen und setzte Blutegel an dem Warzenfortsatz. Am zweiten Tag nahm der Kranke 20 g Schnaps (!), abends stieg die Temperatur auf 38^2, der Puls sank auf 72. Es kamen Aufregungszustände hinzu und Sprachhemmungen. Der Patient bekam noch Chloral und starb um fünf Uhr nachmittags. B. nimmt eine Alteration der Gefäße infolge von Gicht oder von der langen chronischen Eiterung als Grund und einen Aufregungszustand als Ursache an. Sektionsbefund fehlt.

Da die Erkrankungen des inneren Ohres hinsichtlich der Differentialdiagnose fast bei allen forensisch wichtigen Ohraffektionen. in Frage kommen, so seien noch einige Arbeiten erwähnt, die sich mit Labyrintherkrankungen speziell beschäftigen.

15. **Bürkner,** Über die Behandlung der nervösen Ohraffektionen. Deutsche med. Wochenschr. No. 3. 1905.

16. **Ferenczi,** Labyrinthaffektionen im Anschluß an fieberhafte Krankheiten. Ungar. med. Presse. No. 27, 1904.

17. **Gradenigo,** Intorno alla cosidetta „Sindrome di Menière". Festschrift für Prof. Bozzolo. Turin, 1904.

18. **Bouyer fils,** Sur un cas de syndrome labyrinthique hysterique. Bulletins et memoires de la société Française d'otologie T. XX. 2, S. 196.

Bürkner (15) gibt in einem klinischen Vortrag einen Überblick über die Labyrinthaffektionen. Er beginnt mit der Hyperämie die bei Herz-, Lungen- und Nierenkrankheiten, bei Typhus, Dyphtherie und Scharlach, bei Struma und Gravidität und schließlich bei Intoxikation bzw. Arzneiintoxikationen z. B. durch Tabak, Alkohol, Chinin, Aspirin usw. vorkommt. Die Behandlung sei kausal: heiße Fußbäder, laue Vollbäder, Blutegel, Stuhlregelung. Von der Luftdouche ist abzusehen. Die Anämie des Labyrinths erfordert auch eine kausale roborierende diätetische Behandlung. Tritt sie nach Blutungen im Puerperium auf, so sollen die Frauen eventuell nicht stillen. Die Labyrinthblutungen nach Verletzungen haben bekanntlich eine üble Prognose. Taubheit bleibt meist bestehen, wenn auch Schwindel und Ohrensausen nachlassen. Jodkali und Bromkali wird man versuchsweise geben. Labyrinthentzündungen bekämpft man auch mit wenig Aussicht auf Erfolg durch Eisapplikation, Jodpräparate, etwa 2--4 Tropfen 2 % Pilocarpinlösung subcutan injiziert. Handelt es sich um Syphilis, so ist eine Schmierkur am Platze. Bei Menièreschen Symptomen gibt B. Brom- und Jodkali und verordnet Ruhe und Schutz vor Geräuschen, eventuell Pilocarpin, Salol oder Tinctura nucis vomicae. Wichtig ist die Regelung des Stuhlgangs, daneben eventuell Trink- und Luftkuren aber keine Kaltwasserkuren, keine Dampfbäder. Lufteinblasungen unter geringen Druck sind erlaubt, nicht aber die Politzersche Luftdouche. Das nervöse Ohrensausen, das nicht auf Hyperämie oder Anämie des Labyrinths beruht, verschwindet oft bei Applikation des galvanischen Stromes, ferner auf Massage und Luftverdünnung im Gehörgang. Ein Hochgebirgsaufenthalt in der Höhe von 1000—1500 m wirkt ebenfalls günstig.

Einen eigentümlichen Krankheitsfall, dessen Deutung jedenfalls hypothetisch ist, beschreibt Ferenczi (16). Sein Patient ist seit fünf Monaten taub und leidet an Schwindel und Ohrensausen. Knochen- und Luftleitung für Stimmgabeltöne fehlt. Der Anamnese nach hatte er Menièresche Anfälle. Er ertaubte nämlich sehr plötzlich und hatte drei Wochen hindurch täglich Nasenbluten und Halluzinationen. F. nimmt eine Labyrinthblutung beiderseits an, vielleicht infolge von Salizylmedikation, wahrscheinlicher von Botulismus (?) (Wurstvergiftung). Der Kranke hört Motormaschinengeräusche als subjektive Geräusche, da er Metallarbeiter ist.

Den Menièreschen Symptomenkomplex hat Gradenigo (17) zum Gegenstand einer kurzen monographischen Bearbeitung gemacht, in der er eine Anzahl eigener Beobachtungen mitteilt. Differentialdiagnostisch ist es wichtig, die durch äußere direkte Reize oder indirekte von anderen Teilen des Gehörorgans fortgeleitete Reize verursachten Schwindelanfälle von den Menièreschen Anfällen zu trennen, die sich durch zeitweise auftretenden Schwindel auszeichnen, dem eine konstante greifbare Ursache fehlt. Kontinuierlicher Schwindel, der tagelang dauert, ist dagegen auf schwere Labyrinthläsionen (Trauma, Lues aquisita) zu beziehen. Auf der anderen Seite gibt es permanenten leichten Schwindel bei langsam fortschreitenden Labyrinthaffektionen, der niemals die Form wirklicher Anfälle annimmt. Der Menièresche Schwindel ist also zu definieren als „anfallsweise auftretend und von Hörstörungen konstant begleitet, aber nicht durch eine äußere Ursache hervorgerufen". G. unterscheidet davon drei Formen: 1. die apoplektische, verursacht durch kleine von Zeit zu Zeit im Labyrinth, den Nervenstämmen und Zentren des Gehör- und Gleichgewichtsorgans auftretende Blutungen; 2. die typische Form, veranlaßt durch Reize, infolge von Mittelohraffektionen, die sich speziell an den Labyrinthfenstern abspielen; 3. die vasomotoriche Form, die bei verschiedenen Krankheiten u. a. auch bei Hysterie vorkommt. Folgende Symptome sind für die einzelnen Formen charakteristisch: Die Herabsetzung der oberen Tongrenze, verbunden mit der Lokalisation der Stimmgabeltöne vom Scheitel nach dem gesunden Ohr und dem Überwiegen der Luftleitung am kranken Ohr findet sich bei der apoplektischen Form. Bei der typischen ist eine Einengung des Hörfeldes an der oberen und unteren Grenze nachweisbar. Auf dem Scheitel abklingende Stimmgabeln werden in beiden Ohren gehört. Die Knochenleitung überwiegt auf dem kranken Ohr gegenüber der Luftleitung. Bei der vasomotorischen Form sind die Gehörstörungen unauffälliger und weniger typisch. Hierzu kommen als generelle Symptome: Schwerhörigkeit, Ohrgeräusche, Reizbarkeit des Nervensystems, organische und funktionelle Störungen im Gastro-

intestinaltraktus. Die Affektion kann aus einer familiären Disposition hervorgehen. Rezidive kommen nach jahrelangem Stillstand noch vor. Gemütsbewegungen können Anfälle auslösen, gewöhnlich aber lassen sich Ursachen für den einzelnen Anfall nicht nachweisen. Vielleicht kommen stärkere Kaubewegungen und Spaziergänge in der Sonnenhitze bisweilen in Betracht. Bei einigen Fällen ist mehr der Schneckenteil, bei anderen wieder mehr der Bogengangsteil des Labyrinths ergriffen. Hiernach richten sich die Symptome. Gewöhnlich gehen subjektive Geräusche dem Anfall voraus, seltener der Schwindel jenen. Bisweilen ist die Herabsetzung des Hörvermögens gering und erst durch genauere Untersuchung feststellbar, dann wird die Diagnose schwierig, besonders wenn subjektive Geräusche fehlen.

Bouyer (18) erinnert an die hysterischen Mastalgien, die sich mit scheinbaren Hirnsymptomen vergesellschaften, und bespricht einen Fall von hysterischer, halbseitiger Taubheit, die einer Labyrintherkrankung gleicht. Es trat bei einem 22jährigen Mädchen plötzlich Ohrschmerz, Mastalgie und links komplette Taubheit auf. Die Schmerzhaftigkeit der Mastoidgegend war diffus und oberflächlich. Nadelstiche wurden dagegen nicht perzipiert. Der Gehörgang und das Trommelfell behielten ihre Sensibilität. Hemianästhesie für Geschmack und Geruch vervollständigten das Bild, ebenso eine starke Gesichtsfeldeinengung links. Einige Tage nach dem Eintritt der Taubheit kam ein Anfall mit pfeifenden Geräuschen und Fall nach links, Erbrechen. Warme Spülungen brachten Heilung, teilweise auch für die Hörstörung. Letztere verschwand übrigens auch vorübergehend bei der Untersuchung. Es gibt demnach einen auf Hysterie beruhenden Menièreschen Symptomenkomplex, der neben und ohne objektive Ohrerkrankung vorkommt.

Hinsichtlich der Begutachtung von Ohrenkranken dürfte eine Arbeit von Bard interessant sein, wenn sie auch wenigstens vorläufig rein theoretischen Wert hat. Ihr soll eine Beobachtung von Gradenigo angereiht werden. Beide betreffen die Orientierung vermittels des Gehörsinnes.

19. **Bard,** De l'orientation auditive laterale, son rôle et son mécanisme. La semaine médicale Nr. 39. 1904.

20. **Gradenigo,** Sur la fonction du pavillon du l'oreille chez l'homme. Archives internationales du laryngologie etc. T. XVIII. Nr. 4. 1904.

Bard (19) liefert eine im wesentlichen deduktive Arbeit.

Jedes kortikale Hörzentrum perzipiert nur die Geräusche, welche von der gegenüberliegenden Seite des Hörfeldes kommen, aber vorher doch beide Ohren treffen, während von vorne kommender Schall auf beiden Hemisphären zur Perzeption gelangt. Die Orientierung durch das Gehör im Raum ist wichtig wegen der Bestimmung der Herkunft von Geräuschen. Es gibt 1. eine seitliche Orientierung in der Medianebene, 2. eine Winkelorientierung im lateralen Hörfeld bezüglich der Lage der Tonquellen zum Kopf, 3. die Distanzschätzung. Da bei einseitig Tauben die seitliche Orientierung nie ganz aufhört, meist nicht einmal stark alteriert ist, so kann man sie nicht aus einer überwiegenden Perzeption des zugewandten Ohres erklären. Während nun die Winkelorientierung von Bonnier studiert ist, blieb für die seitliche Orientierung im Raum, die doch die wichtigere ist, obige alte falsche Hypothese bestehen, und doch ist ihre Kenntnis schon deshalb wertvoll, weil ja ihr Verlust für den Menschen viel gefährlicher wäre, als der einer Orientierung im lateralen Hörfeld. Letztere ist auch normal nie so genau wie erstere. Die Irrtümer hinsichtlich der Orientierung werden bei der seitlichen Orientierung in der Gegend der sagittalen Medianebene häufiger, bei der Winkelorientierung dagegen sind sie in der Mitte der Lateralebene (Transversalebene) häufiger. Letztere sind aber auch die absolut häufigeren. Unwillkürlich orientiert man sich im täglichen Leben zuerst mit der Lateralorientierung und wendet dann erst die Winkelorientierung an. Wichtig ist ferner noch, daß die Beurteilung der Tonstärke schwacher, naher Geräusche am besten in der Gehörgangsachse gelingt, die Analyse und Perzeption von Tonfolgen und Sprachlauten auch bei Blinden am besten, wenn sie von vorn kommen. Die Quantitätsachse steht demnach senkrecht auf der Sagittalebene, die Qualitätsachse senkrecht auf der Verbindungslinie der Ohren, der Transversalebene.

Nun verhält sich ein Ton zu den Ohren folgendermaßen: Infolge der natürlichen Intensitätsabnahme ist die Amplitudenhöhe abnehmend in der Richtung der Fortpflanzung des Tons. Ebenso ist der Druck auf die Moleküle der einzelnen stehenden Wellen in der Fortpflanzungsrichtung des Schalles ein abnehmendes. Daraus folgt, daß die von einer Seite getroffenen Membranen (Trommelfell) eine leichte Verschiebung des Schwingungsfeldes im Sinne der Fortpflanzungsrichtung erfahren. Diese Verschiebung trifft das zugewandte Ohr im positiven, das abgewandte im negativen Sinne. Diese kleine Bewegung wird nun nach B.'s Hypothese als Druckschwankung durch den Stapes auf das Labyrinthfenster übertragen und dort wahrscheinlich von der Macula acustica sacculi aufgenommen (da der utriculus zum Gleichgewichtssystem gehört). Bei Tönen, die von vorne kommen, ist die Einwirkung beiderseits gleichsinnig. Negative Schwankungen werden nun nach B. auf dergleichen Hemisphäre, positive (wie auch der Ton) auf der entgegengesetzten Hemisphäre wahrgenommen. Orientierungsfehler können demnach Symptome zentraler Läsionen sein (jenseits des physiologisch-sensoriellen Chriasmas).

Eine Beobachtung von Gradenigo (20) widerspricht diesen Hypothesen deshalb nicht, weil sie die Winkelorientierung betrifft. Er hat einen Mann untersucht, der bei einer Schlägerei die linke Ohrmuschel verloren hatte bis auf den Tragus und einen kleinen unteren und oberen Teil der Muschel. Die Wunde war ohne Gehörgangsstriktur verheilt, die Hörweite aber etwas herabgesetzt. Mit verbundenen Augen gab der Mann sehr genau den Standort einer Uhr im rechten Hörfeld an, links von der Medianebene des Körpers täuscht er sich aber. Nach einigen Monaten erfolgte jedoch Gewöhnung. Vorher hörte er durch einen Ohrtrichter besser und zwar im Verhältnis von 1,5 : 0,5. Die Ohrmuschel hat also doch mehr Bedeutung als man annahm, da mit Hilfe derselben die Lokalisation von leisen Tönen ermöglicht wird. (Orientierung in der Quantitätsachse nach Bard). Das könnte in Betracht kommen bei der Unfallsbegutachtung wegen Verlust einer Ohrmuschel. — Zwei andere Arbeiten über ein gleiches Thema seien ferner noch erwähnt wegen der Wichtigkeit der Beziehungen zwischen Auge und Ohr und ihrer diagnostischen Verwertbarkeit.

21. **Espenschied,** Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen Karies des Felsenbeins und Neuritis optica. Archiv für Ohrenheilk. B. 63, S. 1.

22. **Tenzer,** Über das Verhalten des Augenhintergrundes bei Erkrankungen des Gehörorgans. Archiv f. Ohrenheilk. B. 63, S. 23.

Espenschied (21) hat bei 74 Fällen von Karies des Felsenbeins am Augenhintergrund untersucht und nur zweimal Stauungspapille (einmal mit retinitischen Erscheinungen) und einmal Neuritis nervorum opticorum gefunden. Ferner bringt er eine Tabelle von 20 Fällen mit Neuritis optica aus der Literatur, die alle zur Sektion kamen. Davon hatten 15 eitrige Gehirnhautentzündung. Er schließt: Die Entwicklung von Stauungspapille ist Folge von entzündlichen Prozessen der Hirnlymphe oder von Hirndruck oder von beiden Faktoren zusammen. Hyperämie der Sehnervenscheiben findet sich bei einer Anzahl von Mittelohreiterungen, die bei konservativer Behandlung heilen. Sie gibt daher noch keine Indikation zum operativen Eingriff.

Ausgebildete Neuritis optica bzw. Stauungspapille aber ist eine solche Indikation und überhaupt ein sehr bedrohliches Symptom. Führt die Hirnerkrankung zum Tod, so handelt es sich meist um eitrige Leptomeningitis, die aber durchaus nicht immer Neuritis optica erzeugt. Letztere kann die Operation überdauern, ja nachher sogar noch zunehmen, ohne daß damit eine Indikation zu einem neuen Eingriff gegeben wäre. Das Sehvermögen ist in diesen Fällen wenig oder gar nicht gestört.

Tenzer (22) hat das Material der Charité aus den letzten zehn Jahren bearbeitet. Bezüglich des Auftretens von Hyperämie und Verwaschensein der Sehnervenscheiben decken sich seine Anschauungen mit denen von Espenschied. Im übrigen hat er ein größeres Material.

Bei Meningitis serosa (7 Fälle) fand er fünfmal Neuritis optica oder Stauungspapille, bei Extraduralabszeß (19 Fälle) nur selten geringe Veränderungen am Augenhintergrund.

Bei Leptomeningitis (31 Fälle) fand er solche elfmal, bei Sinusthrombose (35 Fälle) neunmal, bei 14 Großhirnabszessen siebenmal, bei 12 Kleinhirnabszessen dagegen neunmal.

Er hält Augenhindergrundsveränderungen bei einfachen Ohraffektionen für selten aber bedeutsam. Neuritis optica oder Stauungspapille sind bedenkliche Symptome, lassen aber keine Rückschlüsse zu auf die Art der intrakraniellen Erkrankung. Am häufigsten findet man sie beim Kleinhirnabzeß, dann jeweils seltener bei Großhirnabszeß und Leptominingitis purulenta, bei Extraduralabszeß und am seltensten bei der Sinusthrombose. Ihr Auftreten bedeutet nicht unbedingt eine Wendung zum Bösen, da sie sich ebenso oft in geheilten, wie in nicht geheilten Fällen finden. Sie geben uns weder über die Intensität, noch über Verlauf und Ausgang der endokraniellen Komplikation Aufschluß.

Die folgenden zwei Arbeiten führen uns auf das Gebiet der Lehre von den Vergiftungen und gleichzeitig zu den rhinologischen Mitteilungen.

23. **Delie**, Tabac et audition. Revue hébdomadaire d'otologie etc. Nr. 4. 1905.

24. **Lemaire**, Du cocaïnisme aigu et chronique par la muqueuse nasale. Thése de Paris 1904.

Delie (23) bespricht die Wirkungen des Nikotins aufs Ohr auf Grund von neun Fällen von Tabakintoxitation, von denen einer mit Bleivergiftung kombiniert ist. Der Tabak ist besonders schädlich für Sklerotiker wegen seiner Wirkung auf die Hörnerven und deren Endigungen im Labyrinth. Zunächst wirkt das Nikotin vasokonstriktorisch, daher die Entstehung einer Trophoneurose, als welche D. allerdings auch die Sklerose auffaßt.

Der Nikotingefäßkrampf betrifft nun mit größerer Intensität die Zirkulation im inneren Ohr, wegen des Mangels an Kollateralen und der Leichtigkeit der Blutstagnation in festen Kanälen. Dazu kommt noch häufig die Arteriosklerose infolge von Tabakmißbrauch. Als Komplikation kann man Menièresche Anfälle beobachten, wenn plötzlich eine Thrombose und Berstung eines kleinen Gefäßes im Labyrinth eintritt. Dies ist bei mehr akuten Intoxikationen der Fall. Die chronische Nikotinvergiftung macht den Eindruck einer nervösen Affektion mit Ohrensausen, Schwerhörigkeit und Gleichgewichtsstörungen, als Folgen der Nervenatrophie, analog der Tabakamblyopie, die der Ausdruck einer die papillo-makulären Fasern treffenden Atrophie ist. D. schließt seine Ausführungen mit den folgenden Thesen: Der Tabak übt eine selektive Wirkung auf den Hörnerven aus, daher nervöse Schwerhörigkeit, Nervendegeneration. Das Nikotin erzeugt mittels der Sympathikusreizung Zirkulationsstörungen und begünstigt hierdurch schon bestehende Throphoneurosen. Das Fortschreiten der Affektion ist ein rasches. Dieselbe betrifft beide Ohren und gefährdet das Hörvermögen von zu Sklerose disponierten oder schon von dieser Krankheit befallenen Personen, je jünger sie sind, desto mehr.

Lemaire (24) gibt in seiner Dissertation zunächst an der Hand von allerdings unvollständigen Literaturstudien und eigenen Beobachtungen ein Bild von der akuten Kokainvergiftung durch Applikation des Mittels auf die Nasenschleimhaut, von wo es resorbiert wird. Die Hauptsymptome sind Herzschlagbeschleunigung und Gefäßkrämpfe, daher dann Kälte der Extremitäten, ferner Ohnmachten und Aufregungszustände, bei denen die Pupillen erweitert sind und träge reagieren. In schweren Fällen treten klonische Krämpfe und Lähmungen ein. Die Respirationsverlangsamung bzw. -lähmung führt dann zum Tod. Die Körpertemperatur kann über 40° C. steigen.

Interessanter als diese allgemein bekannten Zufälle und ihre Prophylaxe bzw. Therapie sind die chronischen Vergiftungen von der Nase aus, über die Verf. berichtet. Die Annehmlichkeiten beim gewohnheitsgemäßen Gebrauch des Kokainsprays, nämlich Stimulation, geistige und körperliche Erfrischung und Aktivität, werden verdrängt durch die Vergiftungserscheinungen: Aufregungszustände, Sensibilitätsstörungen, Appetit- und Schlaflosigkeit, daher dann Blässe und Abmagerung. In schlimmeren Fällen kommen Seh- und Hörstörungen vor, auch Halluzinationen, die zu Mord und Selbstmord führen können. Die allgemeine Kachexie schreitet ziemlich rasch fort. In den Krankengeschichten findet man hierüber noch zahlreiche Einzelheiten, z. B. auch eine Bemerkung über die Wirkung des Kokains als Anaphrodisiakum. Die Behandlung besteht in Entziehung des Giftes, die man ganz gut sofort bewerkstelligen kann. Im allgemeinen soll man sich vor zu häufigen und wiederholten Applikationen des Giftes auf die Nasenschleimhaut hüten und jedenfalls den Patienten keinen Spray in die Hand geben in Anbetracht der deletären Wirkungen, in denen der chronische Kokainismus den Morphinismus noch übertrifft. Die Frage, inwieweit die Nebennierenpräparate vor Resorption schützen, und damit der Vergiftung vorbeugen können hat Lemaire leider nicht einmal berührt.

Damit wären wir zur Rhinologie gekommen und haben nun noch eine Reihe von Mitteilungen zu besprechen, die sich mit Fremdkörpern und Verletzungen der Nase beschäftigen.

25. **Mc. Neil**, Dislokation des Nasenknorpels. The Journal of American med. Association Nr. 23, 1904.

26. **Rollet**, Un cas de fracture compliquée de la cloison du nez. Annales méd.-chir. du Centre Nr. 36, 1904.

27. **Moure et Aubaret**, Coup de feu de la face. Fractures multiples du maxillaire supérieur gauche. Perte de l'oeil gauche. Gazette hébdomadaire des Sciences méd. de Bordeaux. Septembre 1904.

28. **Charles**, Corps étranger du nez. Extraction d'un hameçon fixé dans la partie moyenne du cornet inférieur. Bulletins et memoires de la société Française de l'otologie. T. XX, 2 S. 104.

29. **Cosson**, Corps étranger des fosses nasales ibidem S. 303.

30. **Lermoyez**, Tumeurs nasales à Penghavar. Annales des maladies de l'oreille etc. T. XXX, Nr. 4.

Mc. Neil (25) gelang es bei einer 30jährigen Frau, die einen Stoß erlitten und daher eine Dislokation des unteren seitlichen Nasenknorpels davongetragen hatte, eine glatte Reposition und Heilung zu erzielen mittels Fixation durch mit Kollodium aneinandergeklebte Heftpflasterstreifen. Rollet (26) sah seinen Patienten erst drei Wochen, nachdem dieser einen Faustschlag auf die Nase erhalten hatte. Abgesehen vom Nasenbluten, den Schmerzen, war eine Abplattung und zunehmende Verlegung der Nase, später eine rechtsseitige Eiterung aufgetreten. R. fand beiderseits Nasenscheidewandabszesse,

öffnete sie mit dem Galvanokanter (warum?), tamponierte und erzielte Heilung.

Moure und Aubaret (27) behandelten eine Frau, die einen Gewehrschuß in die linke Wange, den Sinus maxillaris und die Orbita erhalten hatte. Das Auge ging verloren. Die Kieferhöhle mußte geöffnet werden, und aus ihr wie auch aus der Wange entfernte man Bleistücke. Ihre obere Wand, der Orbitalboden, wurde zum gleichen Zwecke reseziert, dann die nasale Wand mit der unteren Muschel weggenommen. Ausgang: Heilung.

Charles (28) hat eine seltene Nasenverletzung gesehen. Sein Patient, ein elfjähriger Knabe, hatte sich durch Unachtsamkeit, während er ein Stück Brot aß, einen Angelhaken, den er in der gleichen Hand mit dem Brot hielt, in die Nase gestoßen. Extraktionsversuche zum Teil von ärztlicher Seite ohne Nasenspiegel und Reflektor hatten natürlich zur Folge, daß der Haken noch tiefer eindrang und die Nase heftig blutete. Der Haken saß im mittleren Teil der unteren Muschel. Ch. entfernte ihn schließlich in Bromäthylnarkose, wie man eine gebogene Nadel beim Nähen herauszieht. Es folgten keinerlei Komplikationen trotz der Kunstfehler bei den vorherigen Entfernungsversuchen, auf deren Gefährlichkeit Ch. mit Recht hinweist. Cosson (29) entfernte bei einer 46jährigen Frau einen in Kalkhüllen eingelagerten Kieselstein aus der Nase durch Aufklappen der Nasenflügel in Narkose. Der Stein lag wahrscheinlich schon seit der Kinderzeit in der Nase und war 20 g schwer, 5 cm lang, 2 cm breit. Er hatte natürlich die Nase verstopft, eitrigen Ausfluß verursacht und halbseitigen, leichten Stirnkopfschmerz ausgelöst. Die untere Muschel war durch Druck atrophisch geworden. Die Heilung erfolgte per primam.

Lermoyez (30) bespricht in seiner interessanten Arbeit eine bisher unbekannte Nasenaffektion. Ausgehend von der Prophylaxe postoperativer Blutungen aus der Nase, spricht er sich gegen das prinzipielle Weglassen der Tamponade aus mit Rücksicht auf die besonders seit Einführung des Nebennierenextrakts oft noch spät auftretenden Nachblutungen. Auf der anderen Seite ist die exakte Tamponade recht schmerzhaft und auf die Dauer schwer zu ertragen wegen ihrer Nebenwirkungen. Die Penghawarfasern ersparen uns nun die eigentliche Tamponade und damit dem Patienten große Schmerzen und die Unbequemlichkeiten des wiederholten Nasentamponnements. Sie verhüten aber zugleich mit Sicherheit eine Nachblutung, wozu das Einlegen kleiner Quantitäten schon genügt. Nach den Erfahrungen von L. kommt es aber vor, daß sich, hervorgerufen durch den Reiz, den zurückgebliebene Fasern auf die Gewebe ausüben, im Verlaufe von Monaten Tumoren bilden, die von neuem die Nase verlegen. In diesen bindegewebigen, entzündlichen Tumoren findet man dann die erwähnten Fasern. Im Laufe der Zeit gehen diese schwammigen Neubildungen übrigens wieder zurück und hinterlassen ein Narbenknötchen. Sorgfältige Entfernung der ohnehin nur leicht aufgelegten Penghawarfasern bald nach der Operation wird die Entstehung solcher Gebilde verhüten. Ihre gründliche Entfernung mit der kalten Schlinge gelingt leicht.

Die beiden folgenden Arbeiten enthalten Angaben über die Resultate von Rachen- und Gaumenmandeloperationen, deren funktionelle Mißerfolge bekanntlich bisweilen unserer Spezialität zum Vorwurf gemacht werden.

31. **Lermoyez**, Insuffisance nasale fonctionelle et rééducation respiratiore. Annales des maladies de l'oreille. T. XXX, S. 248.

32. **Winckler**, Über die Entfernung der Gaumenmandeln und die Indikationen zu diesem Eingriff. Aus den Verhandlungen des Vereins süddeutscher Laryngologen. Würzburg. Stubers Verlag. 1904.

Lermoyez (31) lenkt die Aufmerksamkeit auf die allerdings seltenen Fälle von Mundatmung bei vollkommen freier Nase, die trotzdem alle Symptome nasaler Obstruktion aufweisen. Bisweilen handelt es sich um Hysterie. Eine Heilung ist möglich und gelang im zweiten seiner Fälle überraschend leicht mittelst Atemübungen. Bei dieser Gelegenheit empfiehlt L. exakte und methodische Atemübungen unter ärztlicher Leitung als Nachbehandlung nach der Operation adenoider Vegetationen. Die normale Nasenatmung stellt sich nämlich nur bei einem Teil der Operierten von selbst ein, und auch da dauert es oft recht lange, daher dann die scheinbaren Mißerfolge nach der Adenotomie. Die erwähnte Nachbehandlung hält auch Referent für absolut nötig bei allen Operationen, die eine gestörte Nasenatmung wiederherstellen sollten.

Winckler (32) stellt den sehr richtigen Satz auf, daß bei Kindern wie bei Erwachsenen eine große Mandel mit glatter, guter Oberfläche unschädlicher ist als eine durch Amputation durchschnittene Tonsille.

Hyperplastische Tonsillen können, wenn sie Beschwerden machen — aber nur dann — mit Erfolg amputiert werden, worauf die Reste meistens veröden. Anders verhält es sich dagegen bei zerklüfteten Mandeln, die schon schwere Anginen durchgemacht haben. Hier bleiben im Stumpf noch Pfröpfe sitzen und die Neigung zu Anginen wird nur wenig oder gar nicht vermindert. Die einfache Amputation beseitigt auch oft die Stimmstörungen nicht, da der mit den Gaumenbögen verwachsene Stumpf eine normale freie Bewegung der Gaumensegelmuskulatur verhindert. Also hierin mag die Furcht der Schauspieler und Sänger vor der Tonsillotomie berechtigt sein. Während nun an den vorspringenden Tonsillen zu viel operiert wird, würdigt man die in den Nischen sitzenden Tonsillen zu wenig. Besonders wichtig sind die nur mit ihrem unteren Pol gegen den Zungengrund vorspringenden Mandeln, die auf den ersten Blick nicht hypertrophisch scheinen, für die Ätiologie des Kehlkopfdrückens beim Sprechen. Kranke, ganz in den Gaumennischen steckende Tonsillen sollten nach Winckler in toto durch Evulsion entfernt werden nach vorheriger Loslösung von den Pilastern. Die Sprache wird dann gut — Rezidive der Anginen sind unmöglich. Nachblutungen kamen unter 500 Operierten zweimal vor.

W. stellt für die Evulsion der Tonsillen folgende Indikationen auf: 1. Verdacht auf Tuberkulose. 2. Tonsillarabszess und Peritonsillitis. 3. Zerklüftete Tonsillen und Neigung zu Angina. 4. Pfropfbildung in der ganzen Tonsille. 5. Harte verwachsene Tonsillen mit Stimmstörung. Dem wäre hinzuzufügen, daß ganz besonders bei obigen Affektionen auftretende Gelenkschmerzen einen energischen Eingriff geradezu zur Pflicht machen. (Ref.)

Den Bericht soll ein Aufsatz von Szenes schließen, der nach Mitteln und Wegen zur Bekämpfung der Kurpfuscherei auf dem Gebiete der Ohrenheilkunde sucht.

33. **Szenes**, Was wäre gegen den Mißbrauch zu tun, welcher mit den jede Taubheit heilenden Apparaten getrieben wird? Archiv für Ohrenheilkunde Bd. 63, H. 3 und 4, S. 254.

Szenes ist gegen die Anpreisung eines „thermoelektrischen Ohrenapparats gegen Ohrensausen und Schwerhörigkeit" vorgegangen. Dieser soll angeblich gelockerte Trommelfelle spannen, nützt natürlich nichts, schmerzt und vermehrt das Ohrensausen, schließlich ist er gefährlich, weil er Eiterung hervorrufen kann. Im Kampf gegen solche Schwindelartikel ist relativ wenig zu erreichen. Wegen des Versprechens der Heilung kann man die Schwindler nicht fassen, auch die offenkundige Nutzlosigkeit des Apparats bietet keine Handhabe. Das Annoncieren solcher Artikel in den Tagesblättern ist bekanntlich auch erlaubt. Nur durch Aufklärung und Agitation in den Fachvereinen läßt sich

etwas dagegen tun. So hat auf S'. Betreiben die Gesellschaft der Ärzte in Budapest die Patentierung des in Rede stehenden Apparats zu vereiteln versucht, indem sie S. beauftragte, Protest zu erheben und auch dabei auf die schädliche Wirkung des Apparats hinwies. Der Gegenprotest des betreffenden Kaufmanns behauptete, der von Szenes schon in der Öffentlichkeit demonstierte Apparat sei inzwischen geändert worden. Über seinen Wert oder Unwert könne nicht diskutiert werden, da das auf die Patentierung keinen Einfluß habe. In der Verhandlung wies S. auf die Irreführung und Täuschung des Publikums hin und beantragte ein Gutachten des kgl. ungar. Landessanitätsrats. Von einer industriellen Verwertung sei gar keine Rede, denn der Kaufmann wende sich direkt an die Patienten also: unbefugte Krankenbehandlung, Quacksalberei!

Das Richterkollegium verweigerte das Patent, weil die kleine Änderung, auf die der Patentsucher sich beruft (Ersatz eines Aluminiumröhrchens durch ein Zinkröhrchen!) keine Erfindung ist, da Zink vom Ohrenschmalz ebensogut angegriffen wird wie Aluminium, und ferner ein elektrischer Strom im Apparat gar nicht erzeugt wird und die Dehnung des Zinks größer ist als die von Aluminium (im Gegensatz zur Annahme des Bewerbers). Demnach sieht die Behörde im eigentlichen Wesen der Erfindungsanmeldung keine Erfindung.

Chirurgie.

Die Narkose und der Narkotiseur.

Zeitgemäße Betrachtungen von H. Wohlgemuth in Berlin.
(Med. Klinik, 1905, No. 20, S. 499.)

Erst sehr allmählich brach sich die Überzeugung Bahn, daß der Erfolg einer Operation durch die Narkose recht sehr beeinflußt werden kann. Wenn auch die vom Verf. eingeführte Sauerstoff-Chloroform-Tropfnarkose die größte Sicherheit bietet, so bleibt doch jede Narkose ein Eingriff, der seine Gefahren hat. Das Mittel, der Patient und der Narkotiseur sind für den Erfolg bestimmend. Daher muß jeder Arzt mit der Technik, mit dem Zustand des Kranken, wie mit den Gefahren der Narkose genau vertraut sein, die Vorbeugung der Gefahren und die Gegenmittel beherrschen und außerdem verstehen, mit möglichst geringen Mengen des Mittels den für den jeweiligen Zweck erforderlichen Grad der Betäubung zu erhalten. Die Ausbildung besonderer Narkotiseure in England und Amerika entspricht diesem Bedürfnis. Auch bei uns ist es nötig, die Studenten in diesem Gegenstande theoretisch wie praktisch zu unterweisen. Ktg.

Äthernarkose und postoperative Entzündungen der Luftwege.

Von H. Pletzer in Bonn.
(Med. Klinik, 1905, No. 20, S. 490.)

Das Auftreten von Pneumonien nach Äthernarkosen fällt nicht dem Äther, sondern der Technik zur Last und beruht auf Aspiration von Mundinhalt, die vermieden werden kann. Die Äthernarkose ist nur durch Nierenkrankheiten, akute Lungenaffektionen und sehr schlechten Allgemeinzustand kontraindiziert, wie er bei Hernia incarcerata und Ileus vorkommt. Verf. benutzt nur noch die von Witzel ausgebildete Morphium-Äthernarkose mit Tropfenmethode und starker Reklination des Kopfes. Der Äther wird in möglichst geringer Menge verabreicht. Um das zu ermöglichen, geht eine Morphiuminjektion vorauf, deren Dosis nach Alter, Geschlecht, Körperbau und Zustand von 0,01 bis 0,05 wechselt. Ein Arzt — zur Not eine erfahrene Schwester — überwacht die Narkose, Puls und Atmung. Es wird die Esmarchsche Maske benutzt, die genügend Luft hinzutreten läßt. Der Äther fällt in Tropfen aus 30 cm Höhe auf die Maske, welche dem Gesicht des Kranken nur ganz allmählich genähert wird. Langsames Zählen von 200 abwärts zeigt den Eintritt der Wirkung an. Zögert sie, so können 20—30 Tropfen Chloroform Anschuetz eingeschoben werden. Manipulationen mit dem Kranken — der vorher nach allgemeinen Regeln vorbereitet, auch örtlich desinfiziert sein muß — sollen nicht vor Eintritt der Toleranz geschehen. Gegen Ende der Operation soll die Narkose langsam abklingen und mit der Anlegung des Verbandes beendet sein. Verhütung von Erkältungen schützt sehr gegen den Eintritt von Lungenerkrankungen; daher gewärmter Tisch, warme Tücher, vorsichtiger und ärztlich überwachter Transport, warmes Bett. Aspiration von infektiösem Mundinhalt wird durch vorgängige, peinliche Mund- und Zahnsäuberung, sowie durch die Lagerung verhütet. Diese ist zu Anfang wagerecht, der Kopf frei in den Händen eines Assistenten. Während der Narkotisierung wird der Kopf allmählich gesenkt, bis das Gesicht senkrecht zum Boden steht. Auch nachher wird im Bett die wagerechte Lage noch beibehalten; nach dem Erwachen werden Mundspülungen und Atemübungen, 10—20 tiefe Inspirationen halbstündlich durchgeführt. Möglichst bald läßt P. die Patienten aufstehen. Natürlich sind während der Narkose die üblichen Instrumente zum Mundauswischen und Vorziehen der Zunge zur Hand. Daneben Analeptika und physiologische Kochsalzlösung zur subkutanen Infusion. Dies in großen Zügen der Inhalt der Vorschriften. Es wird noch eine Menge schätzenswerter Einzelheiten mitgeteilt, unter denen die leichte Entflammbarkeit des Äthers bei abendlichen Operationen besondere Vorsicht erheischt. Jede Narkose ist eine artifiziell herbeigeführte Vergiftung. Die Verantwortung des Operateurs fordert es, daß, wo irgend möglich, ein eigener Assistent lediglich und dauernd mit ihrer Ausführung betraut bleibt. Die Arbeit ist ein sehr wichtiger Beitrag zu dieser eminent praktischen Angelegenheit. Ktg.

(Aus der chirurg. med. Klinik am Kindleinhaus-Hospital zu Warschau. Prof. Maximow.)

Ein Fall eines Fremdkörpers im Brustfellsacke.

Von W. Richter.
(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 22.)

Nach einer unter dem rechten Schlüsselbein gelegenen, wagerecht verlaufenden Kreissägenverletzung entwickelte sich ein Empyem der rechten Pleurahöhle. Eine 15 Tage nach der Verletzung vorgenommene Operation des Empyems durch Resektion der 9. Rippe in der Schulterblattlinie führte zur Eiterentleerung, jedoch nicht zur Ableitung des Empyems, bis sich nach acht Wochen aus dem Drain ein Fetzen Leinwand von 3—4 cm Breite und 8—9 cm Länge entleerte, welcher einem Loch im Hemd des Patienten entsprach und demnach bei der Verletzung von der Kreissäge in die Pleurahöhle hineingebracht wurde und in acht Wochen endlich bis zur Ausflußöffnung des Empyems gelangte. Seelhorst.

Ein eigenartiger Fremdkörperbefund bei Appendicitis.

Von Dr. Rebentisch-Offenbach a. M
(Dtsch. med. Woch. 1905, No. 16.)

Rebentisch operierte eine 75jährige Frau wegen einer gänseeigroßen entzündeten Geschwulst in der Leistenbeuge. Es fand sich ein Bruchsack, in dem der gangränöse Wurmfortsatz lag; er enthielt jauchigen Eiter und über hundert kleine Fremdkörper. Darunter waren zwei Traubenkerne, zwei andere Pflanzenkerne, sechs Emailsplitter, drei Knochensplitter, ein Holzstückchen, einige kleine Kieselsteinchen, zahlreiche schwärzliche Gallensteintrümmer und eine ganze Anzahl kleine hellbraune, fazettierte Steinchen, die wie Gallensteinchen aussahen. Nach dem mikroskopischen und chemischen Befunde schien es

als ob es vielmehr kleine Darmsteine seien, die sich im Wurmfortsatz gebildet hatten. Aus dem ganzen Verlauf ergab es sich als wahrscheinlich, daß die Fremdkörper schon jahrelang im Wurmfortsatz gelegen hatten. Die Kranke genas.

Lehfeldt.

Entfernung eines von Blasensteinen umgebenen Gänsekieles aus der Harnblase; Beitrag zur Kasuistik der Erkrankungen der Cauda equina, resp. des Conus medullaris.

Von v. Kubinyi.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 47 1904.)

Die 40jährige Patientin hatte letztere Erkrankung seit ihrem 19ten Jahre. Infolge der gestörten Blasenfunktion katheterisierte sich Patientin mit Gänsekielen, von denen einer in die Blase rutschte. Um denselben hatte sich ein kleineigroßer Blasenstein gebildet, welcher nach Dilatation der Harnröhre entfernt wurde. Die Operation war schmerzlos, da Urethra und Umgebung, sowie die Blasenschleimhaut infolge des spinalen Leidens anästhetisch waren. Schwarze.

Blasenruptur.

Von Dr. Hermes-Berlin.
(D. med. Woch. 1905, No. 18.)

In der Berliner freien Vereinigung der Chirurgen berichtete Hermes über zwei Fälle von Blasenruptur, die er im Krankenhaus Moabit behandelt hat. 1. Ein 31 jähriger Arbeiter stürzt in der Trunkenheit nachts aus dem ein Stockwerk hoch gelegenen Fenster. Er bleibt besinnungslos liegen, kommt aber bald wieder zu sich. Starke Dämpfung in der unteren Hälfte des Abdomen, die bei Lagewechsel in den oben liegenden Partien verschwindet. Der Katheter entleert stark bluthaltigen Harn. Laparotomie, Naht. Tod an Peritonitis. Die Sektion wurde nicht gestattet, und es ist nicht ausgeschlossen, daß neben der Blasenruptur noch andere Verletzungen der Eingeweide bestanden und die Peritonitis hervorgerufen haben. — 2. Ein 35 jähriger Kutscher fällt vom Wagen, und das Rad geht über den Bauch. Symptome wie im vorigen Fall. Operation nach einer Stunde. Die Blasennaht hielt nicht ganz dicht, es entstand am zehnten Tage eine Urinfistel, die sich aber nach sechs Wochen spontan schloß. In diesem Fall erfolgte Heilung, obwohl die Rekonvaleszenz durch die Vereiterung von kolossalen bei dem Unfall entstandenen Hämatomen sehr gestört war.

Lehfeldt.

Gynäkologie.

Zur Kasuistik der Verletzungen der weiblichen äußern Genitalien durch Sturz oder Stoß.

Von Dr. Leers in Berlin.
(Vierteljahrsschr f. ger. Med. u. öff. San.-Wes. 3. Folge, 30. Band, 1. Heft. [1905 3. Heft.])

Analyse von 20 Fällen, von denen einer durch Verblutung tödlich endete. Es handelt sich beim Sturz auf die Geschlechtsteile um das Zusammenwirken der äußern Gewalt mit den Knochen des Schambogens. Die Weichteile geraten zwischen diese beiden harten Körper und daraus resultieren Quetschungen und Zerreißungen, die oft erheblich größer sind, als nach der Gewalt des Falles oder Stoßes zu vermuten wäre. Immer sind Hämatombildungen in den großen, Risse in den kleinen Schamlippen dabei. Ebenso oft ist die Schleimhaut am Introitus vaginae und an der Clitoris beteiligt. Selten dagegen das Hymen. Dieses ist durch seine tiefe Lage und Elastizität mehr geschützt und reißt eigentlich nur, wenn ein spitzer oder scharfkantiger Gegenstand es direkt trifft. Die gerichtsärztliche Bedeutung der Verletzungen liegt nach Verf. einmal darin, daß sie den durch erzwungenen Coitus oder unzüchtige Manipulationen zugefügten Beschädigungen ähnlich sind und deshalb den Verdacht auf ein Sittlichkeitsverbrechen erwecken können. Andererseits können aus der Verletzung Schadenersatzansprüche hergeleitet werden, wenn indirekt die Schuld eines andern in Frage kommt. Endlich dürfte die verletzte Person, wenn es sich um eine Virgo und Zerstörung des Hymen handelt, ein Interesse an der Feststellung haben, daß die Beschädigung durch einen Unfall herbeigeführt ist. Ktg.

Drei in einem kurzen Zeitraum hinter einander in foro verhandelte Fälle von Puerperalfieber.

Von San.-Rat Dr. Kob in Stolp i. P.
(Vierteljschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wesen. 3. Folge. 30. Band, 1. Heft. [1905. 3. Heft.])

Es sind die gerichtlichen Obduktionsprotokolle von drei Frauen, die in den ersten Wochen nach der Entbindung an Puerperalfieber gestorben waren. In allen Fällen hatte manuelle Hilfe — und Berührung — durch Hebammen beim Geburtsakt stattgefunden, und die Infektion war mit großer Sicherheit hierauf zu beziehen. Ein pathologisch anatomischer Beweis lies sich aber ebensowenig erbringen, wie den Hebammen Kunstfehler oder Vernachlässigung der vorgeschriebenen Desinfektionsmaßnahmen zum Vorwurf gemacht werden konnten. Also trat auch keine Verfolgung ein. — Bei aller Strenge der Aufsichtsbehörden und emsigster Erfüllung der Anzeigepflicht bleibt die gerichtliche Sühne aus, wenn der Sachverständige seine Ermittelungen nicht über Möglichkeiten und Wahrscheinlichkeiten hinauszuführen imstande ist. Doch glaube ich nicht, daß die Aufgabe bald gelöst werden wird, die Verfasser der Wissenschaft stellt: nachzuweisen, „daß eine verdächtige Person an Händen und Kleidern mit dem Bazillus behaftet gewesen sei, der einer Wöchnerin den Tod gebracht hat“. Ktg.

Moderne Bestrebungen der Prophylaxe des Puerperalfiebers.

Von Sigwart.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41 1904.)

Die Prophylaxe der Wochenbettsmorbidität an der Gießener Entbindungsanstalt.

Von Krömer.
(Ebenda Nr. 45 1904.)

S. wendet sich kritisch erstens gegen die Maßnahme Zweifels, eine halbe bis eine Stunde nach der Entbindung mittels trockener Tupfer an den gummibehandschuhten Fingern die Blutcoagula aus der Scheide zu entfernen, zweitens gegen Krömers Methode, jede Schwangere durch tägliche Sublimat-Scheidenspülungen bis zur Entbindung zu behandeln.

Er will an der Statistik von $1^1/_2$ Jahren aus der Hallenser Klinik nachweisen, daß die subjektive Desinfektion nach wie vor die Morbiditätsstatistik beherrscht. Danach hat das häufige Untersuchen auf dem Kreißsaal während des Semesters durch die Studenten die Morbidität nicht gesteigert, wohl aber zeigten die Hausschwangeren eine hohe Morbidität im Semester. In den Untersuchungskursen an den Schwangeren glaubt Sigwart, die Desinfektion der Studenten nicht so genau überwachen zu können.

Krömer glaubt sich großenteils falsch verstanden durch Sigwart und belegt die Verbesserung seiner Resultate bezüglich der Hausschwangeren statistisch. Schwarze.

Zur Prophylaxe des Puerperalfiebers.

Von B. Credé.
(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 6 1905.)

Verf. empfiehlt jeder Entbundenen — ehe eine Infektion eingetreten ist — eine Collargol-Vaginalkugel eventuell bis in die Cervix einzuschieben. Das Mittel löst sich langsam und soll

in alle Risse und Spalten eindringen. Bei schon erfolgter Infektion spült er mit 1:5000 Collargol aus, macht Collargolklysmen oder eine Collargol-Schmierkur. Schwarze.

Über Uterusruptur.

Von Valenta.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 9 1905.)

Die Verhältnisse, die Verfasser bespricht, betreffen seine Heimat. Er hatte unter 1350 Gebärenden 14 vollständige Uterusrupturen (= 1,02%) und verlangt dringend Besserung des Hebammenwesens. Von diesen 14 Fällen genasen drei; sämtliche sechs nicht operierte starben. Schwarze.

Gefährliche Blutung aus den Harnwegen während der Schwangerschaft.

Von v. Kubinyi.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48 1904.)

Es handelte sich um Blutung aus einer Varix oberhalb des Harnblasenwulstes bei einer Frau, welche im zehnten Schwangerschaftsmonat stand. Schwarze.

Zur Frage der Wahrnehmung von Herztönen vor der Mitte der Schwangerschaft.

Von Otto v. Herff.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5 1905.)

H. glaubt, daß das Hören von Herztönen vor der 18. Schwangerschaftswoche ein so seltenes Ereignis ist, daß es keine praktische Bedeutung hat. Außer seinen sonstigen Beobachtungen teilt er einen Fall mit, in welchem sein Assistent bei einem frisch lebend geborenen, 22 cm langen Kinde und sehr kräftiger Herzaktion Herztöne durch direktes Behorchen des Herzens nicht gehört hat, selbst nicht nach Eröffnung des Herzbeutels. Schwarze.

Über den Nachweis des Kindes in der Gebärmutter mittels Röntgenstrahlen.

Von Albers-Schönberg.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 49 1905.)

Dem Verfasser ist jetzt der Nachweis des Kindes im Uterus im 8. Schwangerschaftsmonat gelungen. Er glaubt, daß der Nachweis in den vorgerückten Monaten immer gelingen müsse, und daß auch die Diagnose der Zwillingsschwangerschaft möglich sein werde. Ebenso meint er, werde man vorgeschrittene Extrauterinschwangerschaft erkennen können. Lithopaedion ist bereits erkannt worden. Schwarze.

Fall von Tetania gravidarum.

Von Dr. Karl Schmidlechner.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 4 1905.)

Nach S. sind nur 22 Fälle dieser Erkrankung während der Schwangerschaft beobachtet. Sein Fall wurde im 7. Monat bei einer elenden IX para mit einem Bubo und Decubitus beobachtet und kam schon nach 7 Tagen zur Frühgeburt. Die Anfälle hörten nach der spontanen Geburt nicht auf, vielmehr verschlimmerte sich der Zustand durch den letzten Anfall erheblich. Sie starb am 5. Wochenbettstage am Marasmus, der aber nicht Folge der Tetania war. Die Sektion (ohne Rückenmark) ergab nichts Charakteristisches. Schwarze.

Tod intra partum durch innere Verblutung infolge Ruptur eines Mesenterialgefäßes (Venenruptur in der Gegend des Mesocolon).

Von Jacoby.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 48 1904.)

Der obige, äußerst seltene Vorfall betraf eine II para im siebenten Monat, bei der keinerlei traumatische oder innere organische Ursachen gefunden wurden. Verf. hat in der Literatur nur einen ähnlichen Fall gefunden (Holowko, Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. 21), in welchem die Verblutung aus peritonitischen Adhäsionen des Colon ascendens und transversum erfolgt war. Schwarze.

Schwierigkeiten bei der forensischen Begutachtung von zurückgebliebenen Nachgeburtsteilen

von Professor Otto Küstner-Breslau.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905, No. 23.)

Verfasser weist auf die Notwendigkeit hin, im Hebammenunterricht und in den Hebammenlehrbüchern auf die pathologischen anatomischen Verhältnisse der Placenta und der Eihäute näher einzugehen. Namentlich sind die bei einer Nebenplacenta vorliegenden Verhältnisse, die bisher wenig oder garnicht berührt werden, einer eingehenden Erklärung bedürftig. Es müßte den Hebammen bekannt sein, daß die Nebenplacenta mit der Hauptplacenta stets durch mindestens zwei große Gefäße, eine Arterie und eine Vene, verbunden ist, daß man mithin von den klaffenden Lumina dieser Gefäße an der Placenta auf das Vorhandensein einer in Utero zurückgebliebenen Nebenplacenta schliessen kann. In den meisten Fällen, in welchen das Zurückbleiben von Nachgeburtsresten eine forensische Rolle spielt, handelt es sich um puerperale Sepsis. War die Hebamme allein bei der Geburt, zog sie keinen Arzt zur Betrachtung der Nachgeburt hinzu, so handelt sie unter Umständen fahrläßig, denn § 220 des preußischen Hebammenlehrbuches sagt: „Die geborene Nachgeburt wird genau untersucht. . . Fehlt ein Stück Mutterkuchen oder ein großer Abschnitt der Eihäute, so ist ein Arzt zu benachrichtigen und die Nachgeburt bis zu seiner Ankunft aufzubewahren." Nur bei genauer Kenntnis der einschlägigen anatomischen Verhältnisse ist die Hebamme fähig, korrekt zu handeln. B.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsversicherungsamt.

Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges genügt allein nicht zur Begründung eines Rentenanspruches.

Der Anspruch des Bergmanns Anton L., welcher am 5. Juli 1901 auf der Zeche Unser Fritz I eine Quetschung des Steißbeines erlitt, wurde vom Sektionsvorstande abgelehnt, weil nach ärztlichem Gutachten L. infolge des Unfalles in seiner Erwerbsfähigkeit nicht beschränkt sei. Die Beschwerden, über die der Verletzte klage, seien keine Folgen des Unfalles, sondern wären auf eine Entzündung des rechten Hüftgelenkes zurückzuführen, die mit der Verletzung in keinem Zusammenhange stehe. Die hiergegen eingelegten Rechtsmittel der Berufung und des Rekurses wurden vom Reichsversicherungsamt aus folgenden Gründen zurückgewiesen:

Der Geheime Sanitätsrat Professor Dr. B. ist allerdings im Gegensatz zu den Sachverständigen Dr. K. und Medizinalrat Dr. L. der Ansicht, daß die tuberkulöse Hüftgelenksentzündung des Klägers in dem Unfalle vom 5. Juli 1901 ihre Ursache habe. Diese Ansicht erleidet aber durch die Tatsache eine wesentliche Erschütterung, daß der Kläger nach der Auskunft der Gewerkschaft vom 5. Oktober 1901 bis 16. September 1902 regelmäßig gearbeitet und während dieser Zeit für jede Schicht 4 M. verdient hat. Dieser Lohn steht dem von dem Kläger vor dem Unfalle verdienten durchschnittlichen Lohn von 4,09 M. nur um ein geringes nach und läßt erkennen, daß der Kläger in der fraglichen Zeit völlig arbeits- und erwerbsfähig gewesen sein muß und daß somit die Verbindung zwischen dem Unfall und dem Ausbruch der Hüftgelenksentzündung fehlt, die der Professor B. auf Grund der eigenen Mitteilungen des Klägers annehmen zu sollen geglaubt hat.

Das Reichsversicherungsamt hat daher Bedenken getragen, sich dem Gutachten dieses Sachverständigen anzuschließen und hat deshalb noch das Obergutachten der Bonner Universitätsklinik eingeholt. In diesem Gutachten aber wird ausgeführt, daß der streitige ursächliche Zusammenhang zwar im Bereiche der Möglichkeit liegt, aber nicht mit einem höheren Grad von Wahrscheinlichkeit bejaht werden könne. Der Obergutachter betont, daß tuberkulöse Leiden sich in der Mehrzahl ohne eine vorangegangene Verletzung entwickeln, und daß sie im Falle einer Verletzung regelmäßig an der getroffenen Körperstelle und innerhalb eines nach Wochen oder Monaten zu bemessenden nicht zu langen Zeitraums in die Erscheinung treten. Mit Recht weist der Sachverständige darauf hin, daß die Hüftgelenksgegend selbst bei dem Unfalle nicht getroffen worden ist, daß höchstens eine, und zwar nicht schwere Erschütterung des ganzen Körpers, von der allerdings auch die Hüftgelenke betroffen worden sein dürften, stattgefunden haben hönne, und daß wesentlichere Beschwerden erst 8 bis 10 Monate nach dem Unfall sich eingestellt hätten. Diesen überzeugenden Ausführungen ist das Reichsversicherungsamt gefolgt. Die Möglichkeit des ursächlichen Zusammenhanges, die hiernach vorliegt, genügt allein noch nicht zur Begründung eines Rentenanspruches. (Compaß.)

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Siefert, Dr. G. Kritische Bemerkungen über mechanische und operative Therapie. Gräfes Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiet der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Der bekannte Bekämpfer des Kurpfuschertums fällt eine vernichtende Kritik über die Thure Brandtschen Methoden zugunsten der wissenschaftlichen, speziell der operativen.

Schwarze.

Zangemeister, Priv.-Doz., Dr. Über Eklampsieforschung. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. hält alle bisherigen Hypothesen über die Ursache der Eklampsie für anfechtbar. Auf Grund eigener Untersuchungen, auf die in dieser Habilitationsvorlesung nicht eingegangen wird, glaubt er, einen im Eklampsie-Organismus zustande kommenden, auf zahlreiche Organe verbreiteten Gefäßkrampf annehmen zu müssen. Schwarze.

Vogel, Dr. G. Die Blutungen bei Frauenleiden. Bei Enke 1904. M. 2.—.

Verf. liefert eine Gesamtbesprechung dieses Symptoms mit besonderer Berücksichtigung ihrer Ursachen und ihrer Behandlung nach dem heutigen Stande der Wissenschaft. Alle Encheiresen der Behandlung werden genau geschildert. Auch vom ätiologischen Gesichtspunkt ist die Zusammenstellung eine außerordentlich fleißige und vollständige. Schwarze.

Schäffer, Priv.-Doz., Dr. Oscar. Ursachen und Verhütung von Frauenkrankheiten. 1904. Stuttgart, bei Moritz. M. 1.50.

Verfassers Absicht ist, die moderne Frau aufzuklären, damit sie weiß, woher ihre Frauenleiden kommen und wie sie zu vermeiden sind. Ob zu dieser Aufklärung eine so detaillierte Beschreibung der Anatomie, Physiologie und Pathologie der Geschlechtsorgane nötig ist, darüber kann man sehr verschiedener Ansicht sein! Wenn ein Mediziner zum Staatsexamen die Kenntnisse entwickelt, die in diesem Büchlein enthalten sind, wird er mit Ehren bestehen! Sehr zahlreiche gute Abbildungen erleichtern das Verständnis allerdings sehr, können aber auch unnütze Angst verbreiten. Die Darstellung ist gewandt und das Recht des Arztes überall gewahrt. Schwarze.

Knapp, Prof. Dr. Der Scheintod des Neugeborenen. II. Klin. Teil. Wien, bei Braumüller. 1904.

Der erste Teil dieses Werkes ist bereits vor sechs Jahren erschienen, und es ist zu entschuldigen, daß der zweite Teil erst jetzt folgt, denn es liegt eine erstaunliche Gründlichkeit und Vollständigkeit des Themas bis zur vollständigen Erschöpfung desselben vor. Die Literaturverzeichnisse zu jedem einzelnen Kapitel gehen in die Hunderte von Nummern, nicht viel weniger die wichtigen Einzelbeobachtungen! Es ist unmöglich, in einem Referat Einzelheiten der Arbeit zu bringen: man würde ihr nur Abbruch dadurch tun! Das Werk zerfällt in folgende Kapitel: Begriff, Physiologie, Pathologie, Ätiologie, Statistik, Diagnose und Symptomatologie des Scheintodes. Unmittelbare und spätere Folgen, Prognose, Prophylaxe und Behandlung.

Bezüglich der letzteren sei erwähnt, daß Verf. unbedingter Anhänger der Schultzeschen Schwingungen ist. Er verlangt, daß dieselben auch von den Hebammen angewendet werden, und meint, daß man denselben sehr wohl die richtige Ausführung beibringen kann. An letzterer liege aber alles, und die üblen Folgen der Methode seien nur durch falsche Ausführung bedingt. Er bringt dieselbe deshalb in detaillierter Beschreibung.

Schwarze.

Beck, Feodor. Ätiologie und Therapie des Cephalhaematoma neonatorum. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. berechnet auf 185 Geburten ein C. Es ist um so seltener, je häufiger die Mutter geboren hat. Begünstigend wirken geringe Beckenverengungen, fehlerhafte Lagen und Haltungen der Frucht, frühzeitiger Blasensprung, große Kopfmaße der Frucht (daher mehr bei Knaben). Kinder mit C. waren in der Geburt oft gefährdet, sie zeigen öfter Knochendefekte am Schädel. Der Sitz ist überwiegend häufig in dem vom Muttermunde umschlossenen Teile des Kopfes. Caput succedaneum ist in 50 % gleichzeitig vorhanden. Am frühesten wurde C. konstatiert bei einem dreimarkstückgroßen Muttermunde, am spätesten am siebenten Tage. Bei größeren Geschwülsten rät Verf. zur operativen Öffnung, zumal die Resorption unter Umständen Monate dauert. Schwarze.

Winter, Prof. Dr. Ursachen und Behandlung der Prolapse. Gräfes zwanglose Abhandlungen aus dem Gebiete der Frauenheilkunde. Halle, bei Marhold.

Verf. unterscheidet bekanntlich 1. den primären descensus und prolapsus uteri bei normal straffer Scheide, 2. den prolaps, der unten an der Scheide beginnt. Die Blase ist für ihn das ursächliche Moment, das den Zug ausübt. Er bespricht dann die Operationsmethoden kritisch, was im Original nachzulesen ist.

Wichtig für den Sachverständigen ist die Besprechung, die das Leiden in der Unfallgesetzgebung einnimmt. W. erkennt die Möglichkeit eines Prolapses durch Trauma bei einer Nullipara an; unter Frauen, die geboren haben, kennt er keinen Fall, in dem das Trauma die einzige Ursache gewesen ist. Er will den Frauen eine Unfallrente zubilligen, welche nachweislich vor dem Unfall ohne Beschwerden waren (!). An Prolaps gut operierte Frauen hält er für voll oder wenigstens dreiviertel erwerbsfähig. Schwarze.

Grotjahn, A., und **Kriegel,** F., Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiete der sozialen Hygiene und Demographie. 4. Band. Bericht für das Jahr 1904. Jena, Verlag von Gustav Fischer 1905.

Der vorliegende vierte Jahresbericht über die Fortschritte und Leistungen auf dem Gebiet der sozialen Hygiene und Demographie gibt in übersichtlicher Darstellung eine zusammenfassende Berichterstattung über die wichtigsten Erscheinungen auf dem in Rede stehenden Gebiet.

Die Einteilung ist dieselbe geblieben wie in den früheren Berichten. Über den Rahmen der früheren Jahresberichte hinausgehend, haben aus dem Gebiet der sozialen Medizin alle Daten und Veröffentlichungen, soweit sie nicht rein kasuistischer Natur sind, Berücksichtigung gefunden, und zwar die Krankenversicherung unter Abschnitt III (Morbidität, Prophylaxe und Krankenfürsorge) und die Unfall- und Invalidenversicherung unter Abschnitt IV „Soziale Hygiene der Arbeit“.

Wie die vorangegangenen kann auch der vorliegende Jahresbericht allen Beteiligten, insbesondere Ärzten, Hygienikern, Sozialpolitikern und Verwaltungsbeamten aufs wärmste empfohlen werden. E. R.

Tagesgeschichte.

Beschäftigungskuren.

Zu diesem Thema macht Leicht in der Arbeiterversorgung kritische und anregende Bemerkungen.

Nach der vom Reichsversicherungsamt herausgegebenen Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung sind es trotz der erfreulichen Fortschritte, die die Heilerfolge von Jahr zu Jahr gemacht haben, immer noch nahezu 30 % der mit Erfolg Behandelten, bei denen nach Ablauf von vier Jahren die Krankheit bereits zur Invalidität oder zum Tode geführt hat.

Daß die Erfolge das bis jetzt Erreichte nicht übersteigen, wird, wie die Berichte der Heilanstaltsleiter erkennen lassen, zu einem Teil auf den Umstand zurückgeführt, daß die Versicherten nach Abschluß der Behandlung unvermittelt wieder die volle Berufsarbeit aufnehmen und in der Mehrzahl der Fälle alle damit verbundenen Schädigungen über sich ergehen lassen müssen.

Es ist deshalb wiederholt verlangt worden, daß zwischen die Behandlung in der Heilanstalt und die Aufnahme der Berufsgeschäfte eine Zwischenzeit eingeschoben werde, in der der Entlassene sich zunächst an die Arbeit gewöhnen, seine Kräfte stählen und sich wieder für die volle Berufsarbeit körperlich geeignet machen kann. An erster Stelle wurde zu diesem Zweck eine durch mehrere Wochen fortgesetzte Beschäftigung in der Landwirtschaft in Vorschlag gebracht. Einen umfassenden Versuch zur Durchführung einer derartigen Beschäftigungskur machte die Versicherungsanstalt Hannover durch Einrichtung der Heilstätte Stübeckshorn. In dieser sollte den aus den Heilanstalten Entlassenen ein weiterer Aufenthalt mit der Bestimmung gewährt werden, daß sie ihren Kräften angemessene Arbeiten im Landwirtschaftsbetrieb vorzunehmen hätten. Von der Gesamtzahl der Verpflegten gehörten dieser Kategorie 56 %, also etwas über die Hälfte, an. Diese bildeten gerade das unruhige und anspruchsvolle Element in Stübeckshorn; die meisten Klagen wurden von ihnen erhoben. Diese Klagen finden ihre Begründung darin, daß sie an die Überernährung in der Heilanstalt gewöhnt, den Abstand dagegen unangenehm empfanden und daß ihnen das Verständnis dafür fehlte, daß man von ihnen eine Arbeitsleistung verlangte, während gleichzeitig die Ernährung eine Einschränkung erfuhr.

Sucht man den Gründen nachzugehen, die die Erzielung eines vollen Erfolges in Stübeckshorn beeinträchtigten, so drängen sich folgende Erwägungen auf. Der in der Heilanstalt Verpflegte hat in der Regel mit einem Rückgang der wirtschaftlichen Verhältnisse zu rechnen. Gerade die tüchtigsten und energischsten Pfleglinge, deren Kraftgefühl inzwischen erheblich zugenommen hat, werden unter Unterschätzung der noch bestehenden Krankheitssymptome nach Hause drängen und sich bemühen, möglichst bald die Berufstätigkeit wieder aufzunehmen, um die erlittenen Verluste wieder einzubringen. In der neuen Anstalt aber bedürfen sie zunächst einer gewissen Zeit der Eingewöhnung. Natürlich ist es, daß ihnen zuerst alles das auffällt, was weniger günstig als in der früheren Anstalt ist. Zweifelhaft erscheint es auch, ob der Landwirtschaftsbetrieb an sich für eine Beschäftigungskur besonders geeignet ist. Die hierfür erforderliche Übung bringt namentlich der städtische Arbeiter nicht mit und kann sie auch in der kurzen Zeit seines Aufenthalts nicht erwerben. Außerdem sieht der für wenige Wochen in einen Landwirtschaftsbetrieb Eintretende nichts von dem Erfolge seiner Arbeit. Er erntet, was andere gesät haben, ebenso wie andere erst die Früchte seiner Tätigkeit zu Gesicht bekommen. Soll aber die Beschäftigung ihre heilsame Wirkung in vollem Umfange ausüben, so wird zu erstreben sein, daß der Pflegling vom Erfolge seiner Arbeit noch möglichst viel selbst sieht. Jeder in eine Heilanstalt Eintretende sollte darüber unterrichtet werden, daß er im Verlaufe der Kur eine bestimmte Arbeitsleistung zu liefern haben wird, die als Kurmittel unerläßlich ist. Eventuell könnte eine etwa gewünschte Wiederholung der Kur davon abhängig gemacht werden, daß der Pflegling auch diesen Teil der Behandlung durchführt.

Für die Beschäftigungskur dürfte anstatt der Landwirtschaft die Gärtnerei zu wählen sein, die es gestattet, während des größten Teils des Jahres eine große Anzahl Personen auf beschränkter Fläche angemessen zu beschäftigen. Auch eine mäßige Vergütung könnte man vielleicht in Erwägung ziehen. Die Gewöhnung an die Gartenarbeit dürfte außerdem später noch Vorteile bieten, wenn sie in der Familie verwertet wird. B.

Schlechte Wohnverhältnisse von Versicherten.

Mitteilungen in der Presse über schlechte Wohnverhältnisse von Versicherten in Breslau haben den Polizeipräsidenten in Breslau veranlaßt, die Ärzte um ihre Beteiligung bei der Bekämpfung der Wohnungsmißstände anzugehen. Er hat an den Breslauer Ärzteverein ein Schreiben gerichtet, worin es heißt:

Wenn auch die Wohnungshygiene in erster Linie zu den Dienstobliegenheiten der Kreisärzte gehört, so sind doch die letzteren bei den eigenartigen Verhältnissen der Großstadt und der ganz erheblichen Zahl der hiesiegen Wohnungen allein nicht in der Lage, gerade diejenigen Wohnungen immer herauszufinden, die solche gesundheitswidrige Zustände aufweisen, daß deren Beseitigung nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften durch das Polizeipräsidium notwendig ist. Dazu kommt, daß auch die mir unterstellten Exekutivbeamten mit anderen Dienstverrichtungen überhäuft und mangels der erforderlichen medizinisch-technischen Vorbildung nicht immer zur Erstattung einer einwandsfreien Anzeige befähigt sind. Unter diesen Umständen ist die Polizeibehörde im Interesse der wirksamen Bekämpfung der auf dem Gebiete des Wohnungswesens tatsächlich herrschenden Mißstände auf die Mitwirkung solcher Vereine anzuweisen, deren Mitglieder infolge ihres Berufes von den sozialen und Wohnungsverhältnissen oft und genaue Kenntnisse erlangen. Den Vorstand des Vereins Breslauer Ärzte beehre ich mich deshalb zu ersuchen, auf die Mitglieder, sei es persönlich oder durch entsprechende Bekanntmachungen in der „Schlesischen Ärzte-Korrespondenz“, dahin einwirken zu wollen, daß mir bzw. dem zuständigen Kreisarzt von allen denjenigen Fällen Mitteilung zugeht, in denen nach den Wahrnehmungen der Herren Vereinsmitglieder der

Stand der Wohnungen oder sonstigen Verhältnisse zu ernsten, sanitären Bedenken Veranlassung bietet, damit ich den Übelständen rechtzeitig abhelfen kann. Durch derartige Anregungen würden mich die Herren Ärzte zu besonderem Dank verbinden.

Die Vossische Zeitung schreibt hierzu: Das Vorgehen des Breslauer Polizeipräsidenten ist zu loben. Der Weg, den er vorschlägt, Schäden des Wohnungswesens bei Kassenkranken ausfindig zu machen, ist durchaus praktisch. Sein Schreiben an den Ärzteverein verdient aber noch aus einem andern Grunde beachtet zu werden. Es geht daraus hervor, daß nach der Überzeugung des Chefs der Breslauer Polizei die jetzige Ordnung der Wohnungsaufsicht unzulänglich ist. Die beiden Stellen, denen von Staats wegen die Wohnungsaufsicht obliegt, die Kreisärzte und die Exekutivbeamten der Polizei sind, wie der Polizeipräsident ausdrücklich feststellt, außer stande, in der Wohnungsaufsicht das Erforderliche zu leisten. Das Breslauer Schreiben ist ein neues Beweisstück dafür, daß eine durchgreifende Ordnung der Wohnungsaufsicht unerläßlich ist. Bei diesen wird man den Ärzten die ihnen zukommende Stellung geben müssen.

Reichsgesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden.

Die Vorarbeiten für ein Reichsgesetz über die Krankenversicherung der Hausgewerbetreibenden beschäftigen das Reichsamt des Innern und haben jetzt zur Vorlegung eines Fragebogens an die deutschen Bundesregierungen geführt, der zwölf Punkte umfaßt. Folgende Fragen sind unter anderem aufgestellt: Einmal, ob das Bedürfnis für die allgemeine Ausdehnung der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Hausgewerbetreibenden allgemein ist und im Falle der Verneinung der Allgemeinheit, in welchen Zweigen des Hausgewerbes sie dringlich ist. Eine weitere Frage behandelt die durchschnittlichen Einkommensverhältnisse der Hausgewerbetreibenden nach den einzelnen Bezirken und nach den einzelnen hausgewerblichen Berufszweigen. Ferner ist die Frage aufgestellt worden, ob die Hausarbeit in vielen Fällen nur eine periodische ist und ob die Hausgewerbetreibenden in der Mehrzahl ständige, das ganze Jahr tätige Arbeiter sind, oder ob sie mit Unterbrechungen arbeiten und noch anderweitige Nebenbeschäftigungen haben. Weiterhin wird gefragt, ob Unternehmer und Hausgewerbetreibende in der Lage sind, die Lasten der Krankenversicherung zu tragen, und ob für die einzelnen Zweige der Hausindustrie ernstliche Gefahr besteht, daß die Unternehmer bei Belastung durch die Krankenversicherung die Beschäftigung der Hausgewerbetreibenden einschränken oder ganz aufgeben würden. Diese Frage erscheint besonders berechtigt, denn die Industrien, die Hausarbeiten beschäftigen, sind auf die Zahlung besonders karger Löhne angewiesen, weil sie sonst die Konkurrenzfähigkeit verlieren. Die Hausarbeit hat die Tendenz, die billigsten Arbeitskräfte heranzuziehen, besonders Kinder, deren Tätigkeit gleichsam als Zugabe für die entlohnte Arbeit der erwachsenen Hausarbeiter verlangt wird. Es scheint daher berechtigt zu fragen, ob die Unternehmer eine weitere Belastung ertragen können und nicht durch die Erschwerungen zur Aufgabe oder Einschränkung des Betriebes gezwungen werden. Weiterhin wird die Frage gestellt, ob es tunlich ist, den Eintritt der Versicherungspflicht von einer Untergrenze des Einkommens abhängig zu machen, eine Frage, deren Bejahung gerade die am kärglichsten entlohnten Hausarbeiter von der Wohltat der gesetzlichen Krankenversicherung ausschließen müßte. Weiterhin wird gefragt, ob es durchführbar und wünschenswert erscheint, sämtliche mitarbeitenden Familienmitglieder der Hausgewerbetreibenden der Versicherung zu unterwerfen. (Med. Klinik.)

Augenarzt oder Optiker?

In einem Aufsatz in No. 31 der Med. Klinik weist P. Greven auf den Übelstand hin, daß Patienten sich häufig ohne weiteres an einen Optiker behufs Auswahl einer Brille wenden oder sogar von ihrem Arzt einfach an einen solchen verwiesen werden. Besonders in neuester Zeit, wo fast in jeder größeren Stadt sich „Institute für kostenlose Augenuntersuchungen etc.“ etablieren, erwächst den Ärzten die Pflicht, ihre Patienten vor dieser Art von Kurpfuscherei zu warnen und sie zu einer sachverständigen Untersuchung der Augen zu veranlassen. Es dürfte den Ruf eines Arztes nicht schädigen, wenn er schlechtsehende Patienten an einen Augenarzt verweist. Verfasser führt als Beleg für die Häufigkeit falscher Brillenbestimmungen die Tatsache an, daß in der Aachener Augenheilanstalt in den Jahren 1903 und 1904 von 114 kontrollierten Augengläsern nicht weniger als 31 falsch bestimmt waren, d. h. rund 27 %. Verfasser hebt unter diesen Fällen namentlich zwei hervor, in denen Patienten im „Institut für kostenlose Augenuntersuchungen zwecks Anpassung richtiger Brillengläser“ für unzweckmäßige Brillengläser je 8 Mark bezahlen mußten. Ferner erwähnt Verfasser den Fall eines an Sehnervenatrophie leidenden Arbeiters, bei dem infolge unterbliebener rechtzeitiger Untersuchung und entsprechender Behandlung vorzeitige Invalidität eingetreten ist. Endlich weist Verfasser nach, daß die „Perphagläser“, für die seitens der Firma eine außerordentliche Reklame inszeniert wird, vor den übrigen periskopischen Gläsern keinerlei Vorzüge haben.

Tod infolge Tollwut.

Der Arzt Dr. F. in H., der vor einer Reihe von Wochen von einem tollwütigen Hunde gebissen worden war, ist, trotzdem er sich im Berliner Institut für Infektionskrankheiten hatte behandeln lassen und von dort als geheilt entlassen worden war, unter den Symptomen der Tollwut plötzlich gestorben. Die Wunde wurde s. Z. vorsichtig verbunden, und schon am nächsten Tage reiste Dr. F. nach Berlin, von wo er nach 21 maliger Schutzimpfung als geheilt entlassen wurde. Dr. F. glaubte nicht recht an eine vollständige Heilung, und wirklich beobachtete er etwa 10 Wochen nach dem Biß an sich die Symptome der ihm bevorstehenden schrecklichen Krankheit und traf alle nötigen Maßregeln. Schon vier Tage später starb der bedauernswerte Kollege. (Allg. Med. Zentr. Ztg.)

Internationale kriminalistische Vereinigung.

Vom 10. bis 14. September d. J. wird die internationale kriminalistische Vereinigung in Hamburg zusammentreten. Die Tagesordnung der Versammlung betrifft folgende Fragen von Bedeutung: „Wie kann für bestimmte Kategorien von Rückfälligen der Begriff der Gemeingefährlichkeit des Täters an die Stelle des heute zu ausschließlich angewandten Begriffes der verbrecherischen Tat gesetzt werden?“ Berichterstatter Prof. Dr. Prins und Advokat Dupont (Brüssel); „Über Rehabilitation.“ Berichterstatter Untersuchungsrichter G. le Poittevin (Paris) und Assessor Dr. Rosenfeld (Berlin); „Die Behandlung der vermindert Zurechnungsfähigen.“ Berichterstatter Prof Dr. v. Liszt (Berlin); „Über die Konzentration der vergleichenden internationalen Kriminalistik.“ Berichterstatter Prof. Dr. van Hamel (Amsterdam); „Die Aufhebung der strafrechtlichen Folgen des Rückfalles infolge von Zeitablauf, tätiger Reue und ähnlichen Ursachen.“ Berichterstatter Professor Dr. Foinitkij (Petersburg); „Das internationale Verbrechertum und seine Bekämpfung.“ Berichterstatter Regierungsassessor Dr. Lindenau (Berlin). Die Versammlung wird durch einen für die weitere Öffentlichkeit bestimmten Vortrag des Präsidenten Professors Dr. Prins eröffnet werden.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann-Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 18. Ausgegeben am 15. September.

Inhalt:

Die Fürsorge für tuberkulöse Bedienstete der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft.

Von

Dr. E. Schwechten, Geheimer Sanitätsrat in Berlin.

Obwohl der Bestand an Tuberkulösen bei der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft dank der gut durchgeführten ärztlichen Untersuchung bei der Einstellung kein übermäßig großer ist, hat doch die Verwaltung sich schon frühzeitig an dem Kampfe gegen die Tuberkulose beteiligt, folgend dem Zuge der Zeit, in der allgemein der Kampf gegen die Tuberkulose aufgenommen ist, dann aber auch im wohlverstandenen eigenen Interesse, um den Pensionsfonds nicht vorzeitig und übermäßig zu belasten und schließlich, um als Verkehrsinstitut einer Verschleppung der Tuberkulose vorzubeugen.

Berichtigen möchte ich hier gleich einen Fehler, der meinem sonst so vorsichtig und zuverlässig arbeitenden Kollegen Herzfeld bei der Besprechung der Ergebnisse des Heilverfahrens der Pensionskasse für die preußisch-hessische Eisenbahngemeinschaft im Jahre 1904 in Heft 6 der Zeitschrift für Eisenbahnhygiene auf Seite 164 u. 165 untergelaufen ist und ihn zu verhängnisvollen Trugschlüssen verleitet hat. Herzfeld bringt Seite 164 folgende Zusammenstellung:

	Zahl der Arbeiter.	Lungenkrank:		
1898	231 192	217	=	0,098 %
1899	230 861	345	=	0,109 %
1900	234 861	429	=	0,158 %
1901	232 961	532	=	0,19 %
1902	230 857	540	=	0,23 %
1903	242 653	632	=	0,26 %
1904	244 810	716	=	0,29 %

Herzfelds Fehler besteht darin, daß er als Lungenkranke berechnet und statistisch weiter verwertet diejenigen Bediensteten, welche von der Pensionskasse als lungenkrank in jedem Jahre einem Heilverfahren unterworfen wurden; dies geschah anfangs als Versuch in mäßigem Grade, und ist allmählich auf Grund der günstigen, später noch zu besprechenden Ergebnisse weiter ausgedehnt worden, keineswegs können aber die Zahlen von 217 bis 716 als die Lungenkranken der Pensionskasse verwertet werden, beispielsweise sind 1904 1330 Anträge auf Einleitung des Heilverfahrens gestellt, davon wurde genehmigt die Einleitung des Heilverfahrens für 716 Lungenkranke und 402 anderweitig Kranke, abgelehnt wurden 212 Anträge, unter denen sicher auch Lungenkranke der Mehrzahl nach waren. Hieraus den Schluß ziehen zu wollen, daß damit die Sachlage im Herzfeldschen Sinne nur noch verschlimmert wird, wäre grundfalsch, denn über die wirkliche Zahl der Lungenkranken von 1898 bis 1904 wissen wir zunächst gar nichts; ob eine Zu- oder Abnahme der Tuberkulose bei dem Staatsbahnbetriebe stattgefunden hat, ist vorläufig noch gänzlich unbekannt, und es ist falsch, wenn Herzfeld den Schluß zieht, die Zahl der Lungenkranken bei der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft habe sich verdreifacht, ebenso unrichtig ist der Schluß, daß die Gesamtmorbidität

Fortschritte gemacht hat. Es ist das möglich, aber jedenfalls vorläufig nicht bekannt und aus den Herzfeldschen Zahlen, weil sie falsch bewertet sind, nicht herzuleiten.

Abgesehen von dem durch die Eisenbahnverwaltung erlassenen Verbot des Ausspeiens auf die Bahnsteige und in die Wagen und abgesehen von der Verordnung, die Mundstücke der Signalhörner nicht zu gemeinsamem Gebrauch zuzulassen, sondern jedem Bediensteten ein eigenes Mundstück zu beschaffen, war es zunächst die Arbeiterpensionskasse der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft, welche den Kampf gegen die Tuberkulose aufnahm.

Die Pensionskasse für die Arbeiter der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft besteht in ihrer gegenwärtigen Gestalt seit den 1. Januar 1891. Sie umfaßt in der Abteilung A, die alle Aufgaben einer gesetzlichen Versicherungsanstalt zu erfüllen hat, also den Landesversicherungsanstalten gleichsteht, und zur Gewährung von Invaliden- und Altersrenten nach Maßgabe des Gesetzes bestimmt ist, alle nach dem Invalidenversicherungsgesetze vom 13. Juli 1899 versicherungspflichtigen Bediensteten. Der Abteilung B., die über die reichsgesetzliche Fürsorge hinausgehend zu den gesetzlichen Renten Zusatzrenten und den Hinterbliebenen der Arbeiter Witwen- und Waisenrenten sowie Sterbegeld gewährt, gehören dagegen nur die ständigen Arbeiter an, die mindestens ein Jahr lang bei der Eisenbahnverwaltung beschäftigt sind. Der Abteilung A gehörten am Schluß des Berichtsjahres 1903 247 733, der Abteilung B 200 328 Mitglieder an.

Im Jahre 1897 begann der Pensionskassenvorstand, dem Beispiel verschiedener Landesversicherungsanstalten folgend, von den Befugnissen des § 12 des Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetzes (jetzt § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes) Gebrauch zu machen, indem er für erkrankte Mitglieder, deren Krankheit den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit besorgen ließ, die Durchführung eines Heilverfahrens bewilligte, wenn dadurch die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit erhofft werden konnte. Als die ersten Versuche auf diesem Gebiete sich bewährten, beschloß der Vorstand 1897 eine ausgedehntere Durchführung des Heilverfahrens. Die Lungenkranken fanden Aufnahme in verschiedenen Heilstätten, so in Dr. Weickers Krankenheim in Görbersdorf i. Schl., in der Volksheilstätte Loslau in O.-Schl., in der Stadtkölnischen Auguste-Victoriastiftung (Volksheilstätte) Borbach a. d. Sieg, Sophienheilstätte bei Berka a. d. Ilm, Heilstätte Grünewald bei Wittlich, Heilstätte Hohenstein in Ostpreußen, Heilstätte Sonneberg, Kreis Saarbrücken, Volksheilstätte des Kreises Altena i. W. bei Lüdenscheid, Heilanstalt Villa Maria des Dr. Schmitt in Lindenfels i. Odenwald und St. Andreasberg i. Harz, von Bädern wurden Lippspringe, Soden a. Taunus und Obersalzbrunn in Anspruch genommen. Aber das Wachsen der Zahl der einer Heilbehandlung unterzogenen Lungenkranken verlangte gebieterisch weitere Abhilfe. Da die Erzielung eines nachhaltigen Kurerfolges durchschnittlich eine Kur von einem Vierteljahr erfordert, da ferner der Hauptandrang zu den Heilstätten sich im Frühling und Sommer bemerkbar macht, so erschien für die Pensionskassenmitglieder die Beschaffung von 150—170 Betten erforderlich, sollten auch, was sehr erwünscht war, Beamte der Eisenbahnverwaltung Aufnahme finden, so mußten 190—200 Betten vorgesehen werden. Die Errichtung einer so großen Heilstätte stieß auf vielerlei Bedenken, Sachverständige wie Oberstabsarzt Dr. Pannwitz und Geh. Sanitätsrat Dr. Brähmer empfahlen die Errichtung zweier Heilstätten, schon um die Reisen abzukürzen und nicht durch längere Reisebeschwerden den Kurerfolg zu beeinträchtigen. Diesen Gutachten schloß sich der Vorstand der Pensionskasse an. Erfordert wurden geschützte Lage gegen herrschende nördliche und nordöstliche Winde, ausgiebige Besonnung, staub-, rauch- und rußfreie Luft, wie ausgedehnte Nadelholzwaldungen, Zugänglichkeit mittels Eisenbahn und Fuhrwerk, trockener, poröser Untergrund, reichliches und gutes Trinkwasser. Bevorzugt sollten werden in bergigem Gelände obere Abschnitte breiter, nach Süden offener Täler mit der Möglichkeit, Spaziergänge in nahe aufwärts gelegene Wälder zu machen. Aus den zahlreichen Angeboten wurden Melsungen bei Kassel und Niederschreiberhau im Riesengebirge ausgewählt. An diesen Stellen ließ die Pensionskasse durch die Architekten Schmieden und Boethke die beiden Lungenheilstätten Moltkefels in Niederschreiberhau auf einem Terrain von 21,5436 ha und Stadtwald bei Melsungen auf 17,0562 ha errichten. Die Heilstätte Stadtwald hat Platz für 120 Betten, diese sind verteilt auf 12 Einzelzimmer und gemeinschaftliche Schlafzimmer für 2, 3, 4 und höchstens 5 Betten. Auf ein Bett entfallen rund 8—9 qm Grundfläche bei 3,70 m lichter Höhe gleich 30—34 cbm Luftraum; in den Einzelzimmern sind die Zahlen noch günstiger. Die Tagräume sind auf die einzelnen Geschosse und die beiden Gebäudeflügel verteilt, so daß die Patienten auch hier aus den benachbarten Räumen sich zu kleineren Kreisen zusammenfinden können. Sämtliche Krankenräume sind von dem nach Norden gelegenen Korridor aus zugänglich, während die weitaus größte Zahl der Krankenzimmer nach Süden liegt. An der Nordseite des Korridors befinden sich die Aborte, Wasch- und Baderäume, Dienstzimmer und die Treppenhäuser.

Ausreichend bemessene Räume für die hydrotherapeutische Behandlung liegen im Erdgeschoß des Ostflügels. An einen An- und Auskleideraum schließt sich der Duschraum; der große Wannenraum enthält 5 Wannen in Einzelzellen, welche durch niedrige Zwischenwände aus waschbarem Stoff gebildet werden, daneben in einem kleineren Raum sind Massagevorrichtungen und elektrische Lichtbäder vorhanden. An diese Räume schließen sich ein Warteraum, Sprechzimmer des dirigierenden Arztes, Untersuchungszimmer, Laboratorium und Inhalatorium.

Für die Schwestern ist ein völlig abgetrenntes Heim im Dachgeschoß des Westflügels errichtet, die Zimmer der Assistenzärzte liegen im Obergeschoß, die Wärterwohnungen im Untergeschoß der Südfront. Um zu verhüten, daß Schmutz ins Haus getragen wird, sind an der Südfront unmittelbar neben den Treppenhäusern je eine offene Halle zum Ausklopfen und Bürsten der Kleider und neben dem Haupteingang zwei Räume zum Ablegen und Aufbewahren der Schuhe und Stiefel vorhanden.

An Liegehallen sind eingerichtet: die große $33^1/_2$ m lange und 6 m tiefe Halle zwischen den beiden Gebäudeflügeln im I. Obergeschoß, eine kleinere am Ostflügel, ebenfalls im I. Obergeschoß und die sich im Westen an das Hauptgebäude anschließenden besonderen zwei Hallen, die vom Korridor aus direkt zu erreichen sind.

Die Wohnung des dirigierenden Arztes ist im Villenstil neben dem Hauptgebäude errichtet.

Das Krankenhaus besitzt Zentralniederdruckdampfheizung. Frische Luft tritt durch die oberen Fenster ein, welche als Kippflügel hergestellt sind. Die verbrauchte Luft wird durch Abluftrohre einem im Dachboden liegenden Sammelkanal zugeführt, und von da durch Abluftschlote ins Freie. Die Ventilationseinrichtungen gestatten in den Krankenräumen einen stündlichen Luftwechsel von 60 cbm.

Die Wasserversorgung ist eine doppelte, durch eine zirka 2400 m von der Anstalt entfernt im Stadtwald liegende Quelle und durch die Melsunger Wasserleitung. Die Abwässer werden auf ein 250 m südlich gelegenes Rieselfeld geleitet. Die Erleuchtung der Anstalt geschieht elektrisch. Die Anstalt besitzt eine eigene Desinfektionsanstalt mit strömendem Dampf, sowie einen Sputumdesinfektionsapparat.

Die Heilstätte Moltkefels bei Niederschreiberhau besteht in ähnlicher Weise wie Stadtwald aus drei Gebäuden, dem mit

seiner Front wieder nach Süden gerichteten Hauptgebäude, dem Kessel- und Maschinenhause und der Wohnung des leitenden Arztes. Auch hier sind Zimmer für vier, drei und zwei Betten neben Einzelzimmern vorhanden, im ganzen bietet die Anstalt Raum für 100 Betten. Auch hier sind im Erdgeschoß die Räume zur Untersuchung und Behandlung der Kranken, das Verwaltungsbureau, zwei Krankenräume und ein Tagraum mit Blumenerker. Nahe der ebenfalls hier befindlichen Badeabteilung ist ein großer Raum zum Trocknen der Badelaken, die Einrichtung zum Desinfizieren der Spuckgläser und -Flaschen und der Schuhablagerungsraum. Auch hier befinden sich im Dachgeschoß die Schwesterräume in sich abgeschlossen, im ersten Stock die Wohnung des Assistenzarztes, im zweiten Oberstock ein Beschäftigungsraum. Ähnlich wie in Stadtwald liegen die Klosettanlagen an der Rückseite des Korridors.

Zur Wasserversorgung dient ein 6 m tiefer, gemauerter Brunnen von 4 m Durchmesser mit Kiesgrund, mittelst elektrisch getriebener Zwillingspumpe liefert derselbe 8 cbm stündlich nach einem in Monierkonstruktion ausgeführten 50 cbm Wasser fassenden Hochbehälter. Auch in Moltkefels wie in Stadtwald werden die Abwässer auf ein Rieselfeld geleitet, das in 250 m Entfernung 1 ha groß angelegt ist. Oberhalb desselben befinden sich noch drei Bassins mit 130 qm Sohlenfläche, ein Absatz- und zwei Schlammbassins, so daß nur vorgeklärte Wasser verrieselt werden. Auch diese Anstalt besitzt wie Stadtwald Laboratorium, Inhalatorium, Röntgenzimmer, eine Sputumdesinfektionsanlage.

Die Kosten beider Anlagen belaufen sich:

	bei Stadtwald	bei Moltkefels
Für Grunderwerb und Wegerechte rund	71 700 M.	70 800 M.
Für Bau, Wege, Garten und Rieselfeld	813 000 „	765 000 „
Für innere Ausstattung	101 000 „	90 000 „
Zusammen rund	985 700 M.	925 800 M.

In diesen beiden Heilstätten waren nach Ausweis des ersten Jahresberichtes untergebracht d. h. vom 18. (21.) April 1904 bis 31. Dezember 1904:

	in Stadtwald	in Moltkefels
Pensionskassenmitglieder	353	246
Eisenbahnbeamte	9	3
Auf Kosten der Direktion (Unfallverletzte)	6	1
Zusammen	368	250.

Hiervon kommen statistisch nicht in Betracht:

	in Stadtwald	in Moltkefels
1. Infolge anderer Leiden	3	5
2. Wegen Fehlens tuberkulöser Erkrankung	18	5
3. Wegen Übernahme im Jahr 1905	62	39
4. Aus anderen Gründen	32	3
Zusammen	115	52.
Statistisch in Betracht kommen demnach	253	198=451

Interessant ist die Tätigkeit dieser Verpflegten vor ihrer Aufnahme in die Heilstätten, es waren beschäftigt

	Stadtwald	Moltkefels	Zusammen
in Bureaus	11	5	16
in Güterabfertigungsstellen	16	10	26
auf Bahnhöfen	50	38	88
auf Bahnstrecken	65	37	102
in Werkstätten	104	105	209
	246	195	441.

Es hatten ein Alter:	Stadtwald	Moltkefels	Zusammen
bis zu 20 Jahren	—	5	5
von 20—30 Jahren	103	66	169
„ 30—40 „	77	79	156
„ 40—50 „	53	40	93
„ 50—60 „	18	8	26
„ 60 und darüber	2	—	2

Medizinisch interessant ist die Gewichtszunahme. Diese fand statt:

bis 2 kg	11	5	16
von 2—4 kg	38	17	55
„ 4—6 „	61	41	102
„ 6—8 „	58	52	110
„ 8—10 „	40	41	81
„ 10—12 „	20	20	40
„ 12—14 „	12	15	27
„ 14 kg und darüber (bis 18)	8	7	15
Auf einen abgeschlossenen Fall entfallen durchschnittlich	75	80 Tage.	

Wie schon erwähnt, sind die Heilstätten in erster Linie für die Pensionskassenmitglieder bestimmt, um ein Tuberkuloseheilverfahren durchzuführen unter Voraussetzung des § 18 des Invalidenversicherungsgesetzes. Die Heilstätten sind aber von vornherein in dem Umfang eingerichtet, um auch lungenkranken Beamten und Unfallverletzten zugute kommen zu können. Im letzteren Falle trägt die Eisenbahnverwaltung die Kosten. Die Beamten mußten bisher selbst die Kosten aufbringen, was vielen unerschwinglich war, da sie nur unter Berechnung der Selbstkosten täglich 4,25 M. betrugen. Dieser Unbilligkeit hat ein Ministerialerlaß vom 14. November 1904 abgeholfen. Hiernach sollen die Eisenbahndirektionen nach Lage des Einzelfalles entscheiden, ob die Kosten des Heilverfahrens bei Beamten auf die Staatskasse zu übernehmen sind, was bei den durch den Dienst verursachten Erkrankungen der Betriebsbeamten in der Regel angezeigt sein würde, oder ob den erkrankten Beamten nur eine angemessene Beihülfe zur Bestreitung der Kosten des Heilverfahrens zu gewähren sei. Ein dienstliches Interesse würde auch dann anerkannt werden können, wenn durch eine rechtzeitige Heilbehandlung der Eintritt der Pensionierung vermieden oder wenigstens auf längere Zeit hinausgeschoben würde.

In den Heilstätten werden nur tuberkulöse Lungenkranke behandelt. Besteht nach eingehendster Untersuchung ein Zweifel an dieser Diagnose, fehlt der Auswurf oder enthält er keine Tuberkelbazillen, so kommt die diagnostische Tuberkulineinspritzung zur Anwendung. Da eine Schädigung der Patienten hierdurch mit Sicherheit ausgeschlossen ist, erscheint es nicht angängig, die Durchführung der Tuberkulindiagnostik in das Belieben der Patienten zu stellen. Lehnt der Patient die ärztlicherseits zu Diagnosezwecken für notwendig erachtete Tuberkulineinspritzung ab, so verfügt der Vorstand der Pensionskasse auf Vorschlag des Chefarztes die Entlassung aus der Heilstätte. Dank der Belehrung und Einsicht der Patienten ist dies nur ganz vereinzelt, im letzten Halbjahr überhaupt nicht notwendig gewesen. Das Verfahren erweist sich als notwendig einmal aus versicherungstechnischen Gründen und dann auch aus hygienischen, um zu vermeiden, daß Tuberkulöse und Nichttuberkulöse monatelang im nahen Verkehr mit einander zusammenleben. Die Behandlung der Kranken in der Heilstätte erfolgt in allen Fällen nach den von Brehmer und Dettweiler aufgestellten hygienisch-diätetischen Grundsätzen. Ausgedehnter Gebrauch wird von der Ruhe- und Luftliegekur in geschützten, luftigen Hallen gemacht. Eine Einschränkung der üblichen fünfstündigen Liegekurzeit auf 2—3 Stunden erfolgt bei günstigem Lungenbefunde bei kräftigen, völlig fieberfreien Patienten mit reich-

lichem Fettpolster; im allgemeinen schließt sich an die Tagesliegekur und die Nachtruhe körperliche Bewegung in Gestalt regelmäßiger 1—1½stündiger Spaziergänge und allmählich gesteigerter Geh- und Steigübungen. Bei denjenigen Kranken, die bald voll arbeitsfähig ihrem Berufe wiedergegeben werden sollen, tritt an Stelle der Liegekur die Beschäftigung im Freien, bei Handwerkern leichte Arbeit in den Werk- und Arbeitsstätten der Heilstätte. Ruhe, Bewegung und Ernährung wechseln in zweckmäßiger Weise mit einander ab. Neben der Freiluftkur auf Liegestätten kommt in allen Fällen, in denen nicht frische, ausgedehnte oder fieberhafte Prozesse vorliegen, allmählich gesteigerte Übung der Lunge hinzu durch methodische Tiefatmung, Turnen u. ä. m. Ausgedehnter Gebrauch wird daneben von der Wasserbehandlung in Gestalt von Brustpackungen, Abreibungen Bädern, Übergießungen und Duschen gemacht. Die Ernährung wird durch gemischte Kost zu heben versucht, in Bezug auf die Nahrungsmenge besteht keine Einschränkung, an Flüssigkeiten wird Milch, im Sommer auch Selterswasser und zu Mittag und Abend, wenn ärztliche Bedenken nicht vorliegen, ¼ Liter leichtes einheimisches Bier verabfolgt. Alkohol in anderer Form und Menge kommt nur als Medikament zur Anwendung. Die Ärzte suchen auch psychisch auf den Kranken einzuwirken und neben der Allgemeinbehandlung findet eine Spezialbehandlung besonders auch des Kehlkopfs statt. Während, wie erwähnt, die diagnostische Tuberkulinisierung in den Heilstätten obligatorisch ist, gilt nicht das gleiche von der therapeutischen Tuberkulinbehandlung, diese wird nur mit dem Einverständnis der Patienten vorgenommen, doch sind die Erfolge so günstig, daß viele Patienten darum bitten.

Über die Heilerfolge in den Heilstätten geben folgende Tabellen Aufschluß. Von den 253 in Stadtwald und 198 in Moltkefels behandelten Kranken gehörten bei der Aufnahme nach der Turbanschen Einteilung an:

	Stadtwald	Moltkefels
dem 1. Stadium	127 = 50,20 %	43 = 21,72 %
„ 2. „	54 = 21,35 %	58 = 29,29 %
„ 3. „	72 = 28,45 %	97 = 48,99 %.

Aus dieser Zusammenstellung geht hervor, daß eine erhebliche Zahl von Fällen im 2. u. 3. Stadium behandelt wurden. Viele Fälle des 2. Stadiums sind noch durchaus für die Heilstättenbehandlung geeignet, auch das 3. Stadium soll nicht ganz ausgeschlossen werden, da auch hier noch günstige Erfolge erzielt wurden, doch muß die Aufnahme dieser Kranken mit Rücksicht auf die für die Aufnahme maßgebenden Grundsätze eingeschränkt werden.

Einen Kurerfolg hinsichtlich der Erwerbsfähigkeit hatten nämlich:

	Stadtwald	Moltkefels	zusammen
im 1. Stadium	76+49+ 1=126	38+ 5+ 0=43	169
„ 2. „	7+32+11= 50	46+10+ 1=57	107
„ 3. „	0+19+40= 59	0+58+19=77	136
zusammen	253=92,89 %	177=89,39 %	412=91,35 %

Einen Kurerfolg hinsichtlich des Krankheitsprozesses hatten:

	Stadtwald	Moltkefels	zusammen
im 1. Stad.	71+47=118=92,91 %	20+23=43=100 %	161=94,71 %
„ 2. „	3+42= 45=83,33 %	17+39=56=96,55 %	101=90,18 %
„ 3. „	0+48= 48=66,67 %	0+78=78=80,41 %	126=74,56 %
Hiervon waren gebessert mit Aussicht auf Dauererfolg:			
	71+ 3= 74=29,25 %	20+17=37=18,69 %	111=24,61 %
gebessert	47+42+ 48=137= 54,15 %	23+39+78=140= 70,71 %	277=61,42 %
zusammen	83,40 %	89,40 %	86,03 %

Die erzielten Heilerfolge bei tuberkulosekranken Pensionskassenmitgliedern seit 1898 sind in der untenstehenden Tabelle angegeben.

Trotzdem die Statistik der Pensionskasse als eine besonders sichere und vollständige gelten kann, weil die Patienten fast ausnahmslos in den Dienst der Eisenbahnverwaltung zurücktreten und dort alljährlich von den Bahnkassenärzten untersucht werden, hat die Statistik der Pensionskasse insbesondere in den Dauererfolgen erheblich günstigere Ergebnisse als die Statistik anderer Heilstätten, Versicherungsanstalten und als die allgemeine Statistik des Reichsversicherungsamtes. Die Gründe hierfür sucht der Bericht des Vorstandes der Pensionskasse sicherlich mit Recht darin, daß die Patienten die Kur voll ausnutzen können, und daß die Patienten ihre Angehörigen in der Zwischenzeit sorgenfrei unterstützt wissen, sowie darin, daß vielfach Wiederholungskuren bewilligt werden, hauptsächlich aber darin, daß in keinem anderen Betriebe wohl nach Beendigung des Heilverfahrens noch eine vorübergehende Schonung oder leichtere Beschäftigung gewährt, oder die Überführung in eine hygienisch minder schädliche Beschäftigung vermittelt werden kann. Der wesentliche Inhalt des diese Angelegenheit regelnden Ministerialerlasses ist folgender:

Um den Erfolg der Behandlung der Heilstätten nach Möglichkeit zu sichern und zu einem dauernden zu gestalten, ist es vielfach erforderlich, daß die aus den Heilstätten entlassenen Kassenmitglieder nicht sofort ihre frühere Tätigkeit in vollem Umfange aufnehmen, sondern noch eine Zeitlang geschont werden. Nach Beendigung der Heilstättenkur wird dem Dienstvorsteher Kenntnis gegeben von dem Erfolge der Kur und von den für die Nachbehandlung getroffenen ärztlichen Anordnungen (Aussetzen der Arbeit, Schonung, Beschränkung der Arbeitszeit, Ausschluß schwerer Arbeiten für eine bestimmte Zeit, dauernde Übertragung anderer Arbeiten, Überweisung in gesundheitlich günstigere Räume und ähnl.).

Nach Verständigung mit den Kassenärzten haben die Dienstvorsteher dafür zu sorgen, daß die Anordnungen der Heilstättenärzte, soweit es sich irgend bewirken läßt, befolgt werden. Falls dies nicht möglich ist, haben sie dem Inspektionsvorstande zu berichten. Dieser wird nötigenfalls im Einvernehmen mit anderen Inspektionsvorständen veranlassen, daß die schonungsbedürftigen Arbeiter in die ihnen als zuträglich bezeichnete

Ein Heilverfahren wurde durchgeführt		Es waren nach Ablauf des Jahres, in welchem das Heilverfahren durchgeführt wurde, noch voll erwerbsfähig:						
i. J.	Zahl der Kranken	im folgenden Jahre	im 2. Jahre	im 3. Jahre	im 4. Jahre	im 5. Jahre	im 6. Jahre	im 7. Jahre
1898	217	172=79,26 %	137=63,13 %	118=54,38 %	98=45,16 %	95=43,78 %	87=40,09 %	81=37,33 %
1899	354	296=83,62 %	258=72,88 %	216=61,02 %	194=54,80 %	176=49,75 %	160=45,20 %	—
1900	429	365=84,11 %	309=72,03 %	273=63,64 %	246=57,31 %	230=53,61 %	—	—
1901	532	449=84,40 %	383=71,99 %	336=63,16 %	310=58,27 %	—	—	—
1902	540	467=86,48 %	409=75,74 %	360=66,67 %	—	—	—	—
1903	632	521=82,44 %	431=68,20 %	—	—	—	—	—
1904	716	585=81,70 %	—	—	—	—	—	—

Tätigkeit überführt werden. Die Kosten für die Benutzung von Walderholungsstätten werden von der Pensionskasse übernommen, wenn die Benutzung zur erfolgreichen Fortsetzung ärztlich verordnet ist und die Erholungsstätten in der Nähe des Wohnortes des Kranken liegen, so daß sie täglich leicht erreicht werden können. Sofern dem aus der Heilstätte entlassenen Arbeiter für eine bestimmte Zeit Enthaltung von der Arbeit verordnet, er demnach auch noch als krank und arbeitsunfähig angesehen ist, steht ihm Krankengeld aus der Krankenkasse zu. Sind die Krankenkassenleistungen erschöpft, so ist die Krankenunterstützung in Höhe des vollen Krankengeldes aus der Arbeiterpensionskasse zu zahlen. Unter Umständen kann auch die Versetzung des Arbeiters mit seiner Zustimmung in eine waldreiche Gegend in Frage kommen. Sollte in einzelnen Fällen auch der Inspektionsvorstand nicht das Nötige veranlassen können, so ist der vorgesetzten Direktion zu berichten. Soweit die Arbeiter noch nicht in vollem Umfange zur Arbeit herangezogen werden dürfen, kann der Inspektionsvorstand die Zahlung des vollen Lohnes genehmigen. Auch kann ihnen durch Gewährung von Unterstützungen zu Hilfe gekommen werden.

Zur besseren Ausnutzung der Heilstätten, sollen alle Wiederholungskuren und die leichteren Fälle, die eine baldige Verschlimmerung des Zustandes nicht erwarten lassen, auf die Wintermonate verschoben werden, da sich die Winterkuren als ebenso erfolgreich wie die Sommerkuren erwiesen haben, und durch die größere Abhärtung bereits geschulter Fälle sogar nachhaltiger wirken.

Die Gesamtkosten dieser beiden Heilstätten für Grunderwerb, Baukosten, Wege, Gartenanlagen und sonstige im Bauanschlage nicht vorgesehene Einrichtungen, für Vorbereitung des Betriebes und für innere Einrichtung betragen 1 906 666,05 M.

	in Stadtwald	in Moltkefels
Dazu kommen an Ausgaben für 1904	241 456,47	229 884,46 M.
Der Voranschlag für 1905 beträgt	163 636	156 422 M.

Die Einnahmen und Ausgaben für 1904 ergeben keinen Anhalt für die Höhe der durchschnittlich im Einzelfalle entstehenden Kosten, da die Anstalten anfangs nur unvollkommen belegt waren, das Personal schon vor der Eröffnung teilweise vorhanden sein mußte und in den Ausgaben ein großer Teil der Inventarkosten steckt.

Trotz dieser Aufwendungen für tuberkulöse Eisenbahnbedienstete sieht die Eisenbahnverwaltung ihre Aufgabe durchaus noch nicht für erschöpfend gelöst an, vielmehr bezeichnet ein neuer Ministerialerlaß vom 26. Juni 1905 die Fürsorge für unheilbar erkrankte Bedienstete und für erkrankte Angehörige von Bediensteten noch nicht für ausreichend. In den Heilstätten können diese Kranken nicht aufgenommen werden, vielmehr können ihnen nur diejenigen Hilfen zuteil werden, welche ihnen als Krankenkassenmitgliedern zustehen oder welche ihnen die Bahnärzte gewähren. Die für diese Kranke häufig in Anspruch genommenen Unterstützungsfonds wurden oft unzweckmäßig, oft sogar geradezu in schädlicher Weise verwendet. Deshalb sollen die zur Verfügung stehenden Mittel mehr einer systematischen Tuberkulosefürsorge zugute kommen. Mitbestimmend für dies Vorgehen ist auch die Möglichkeit, daß ein großer Teil der Bediensteten, besonders das Zugpersonal die Ansteckungskeime weiter verbreiten und weitere Kreise gefährden kann. Im Anschluß an eine eingeforderte gutachtliche Äußerung des Ausschusses des Verbandes deutscher Bahnärzte bestimmt der Ministerialerlaß deshalb behufs Bekämpfung der Tuberkulose außerhalb der Lungenheilstätten noch folgendes:

Die Bahn- und Bahnkassenärzte sind veranlaßt, jeden Fall von Tuberkulose bei Eisenbahnbediensteten im Einverständnis mit den betreffenden Kranken zur Kenntnis der Königlichen Eisenbahndirektionen zu bringen.

Über jeden derartigen Fall hat die Verwaltung nach Maßgabe eines bestimmten Fragebogens Ermittelungen anzustellen durch besondere, der Direktion anheimgegebene Organe.

Diese ausgefüllten Fragebogen erhält der behandelnde Bahnarzt, um das Ergebnis der ärztlichen Untersuchung und seine Fürsorgevorschläge eintragen zu können.

Der Arzt reicht den Fragebogen der Direktion ein, welche nach den vorhandenen Mitteln entscheidet, welche Art der Fürsorge eintreten soll. Dem zuständigen Dezernenten ist zur Pflicht gemacht, sich auf das genaueste darüber zu unterrichten, welche Stellen zur Mithilfe herangezogen werden können. Über die ordnungsmäßige und richtige Durchführung der Anordnungen hat wieder die Direktion sorgsam zu wachen.

Die Maßregeln, welche ergriffen werden, sind mannigfacher Art. Zunächst sollen die Kranken eine gedruckte Anweisung erhalten, wie sie sich zu verhalten haben. (Auswurf, Verkehr mit anderen, Wäsche usw.): sodann erhält er vom Arzt genaue schriftliche Anweisung über Tageseinteilung, Diät, Beschäftigung, Ruhe usw. Aus Staatsmitteln werden ferner an Kranken geliefert: Spuckflaschen, Thermometer, Desinfektionsmittel, ebenso Zubuße zur Kost in natura, Milch, Eier, Fleisch, Stärkungsmittel. Die Bett- und Leibwäsche ist ausgiebig zu reinigen und die Wohnungen insbesondere bei Wohnungswechsel und Todesfällen zu desinfizieren. Bessere Wohnungen oder einzelne Zimmer sind hinzuzumieten. Namentlich ist dafür zu sorgen, daß der Kranke möglichst gesondert von anderen Personen, stets aber in einem besonderen Bette schläft, besonderes Eß- und Trinkgeschirr benutzt und eigene Waschgelegenheit erhält. In manchen Fällen wird es sich um Beschaffung von Pflegepersonal (Krankenschwestern) und von Aushilfen in der Wirtschaft (Hauspflegevereine) handeln, letzteres besonders bei Erkrankung der Hausfrau. Eignet sich der Fall zur Heilstättenbehandlung oder zur Aufnahme in eine Walderholungsstätte, ein Seehospiz oder ähnliche Anstalten, so sind die erforderlichen Schritte einzuleiten und nötigenfalls Beihilfen zu gewähren. Unheilbar Kranke sind vor allen Dingen zu isolieren, und wenn sich die Isolierung nicht anders durchführen läßt, einer Pflegeanstalt zu überweisen.

Die Fürsorge seitens der Verwaltung tritt natürlich nur mit Einverständnis der Erkrankten oder ihrer Angehörigen ein, und wenn diese nicht in der Lage sind, die notwendigen Kosten selbst zu tragen. Die ganze oder teilweise Übernahme der Kosten richtet sich nach der Bedürftigkeit und nach den vorhandenen Mitteln, letztere können nur dem Unterstützungsfonds entnommen werden, der planmäßig dazu verwendet werden soll. Soweit nicht städtische Desinfektionsvorrichtungen vorhanden sind, welche in Anspruch genommen werden können, stehen den Bahnbediensteten demnächst eigens in der Heilstätte Stadtwald durch die Pensionskasse ausgebildete Desinfektoren zur Verfügung, die Apparate sind von den Direktionen zn stellen, die je 1—2 zur Verfügung halten sollen. Den Bahnärzten und Eisenbahnvereinen ist ans Herz gelegt, durch geeignete Vorträge das Verständnis für die Gefahren der Tuberkulose und für die Maßnahmen zu ihrer Abwehr zu wecken. Empfohlen wird zur Belehrung der Gesunden und Kranken das vom Kaiserlichen Gesundheitsamte herausgegebene Tuberkulosemerkblatt und eine vom Chefarzt der Heilstätte Stadtwald Dr. Roepke herausgegebene Schrift: „Zur Aufklärung und Belehrung über die Tuberkulose, ihre Entstehung, Verhütung und Heilung", die durch den Vorstand der Pensionskasse zu beziehen ist. Diese Form der Fürsorge, welche sich auf Auswahl und Überwachung der Bediensteten, auf die Absonderung der Kranken von den Gesunden, Überweisung in Heilstätten, Gewährung von Beihilfen zu besserer Lebensführung, Reinigung und Desinfektion der Wohnungen erstreckt, sowie auf Überwachung der einmal Erkrankten und Verminderung ihrer Arbeitszeit, eventuell Ver-

setzung in bessere Verhältnisse ist eine so umfassende Aufgabe, wie sie in dieser Mannigfaltigkeit wohl kaum von einem anderen Betriebe gelöst worden ist. Mögen die guten Erfolge auch weiter dem hygienisch-sozialen Unternehmen erhalten bleiben.

Literatur:

1. Die Heilstätten Stadtwald und Moltkefels, errichtet von der Pensionskasse für die Arbeiter der preuß.-hess. Eisenbahngemeinschaft.
2. Jahresbericht über die Heilstätten Stadtwald und Moltkefels für das Jahr 1904.
3. Tuberkulose-Merkblatt, bearb. im Kaiserl. Gesundheitsamte.
4. Minist.-Erlaß 344, betr. Bekämpfung der Tuberkulose. Eisenb.-Nachr. Bl. 58. 1905.

Über Lungenheilstätten.

Bericht des Oberstabsarztes Dr. Muttrey, Chefarzt der Lungenheilstätte Moltkefels in Ober-Schreiberhau*).

Ihr Herr Vorsitzender war so liebenswürdig, mir zu gestatten, außerhalb der Tagesordnung einige Worte an Sie zu richten. Wenn ich mich dabei auf das Gebiet der Tuberkulose der Atmungsorgane begebe, dann muß ich Sie, im Hinblick darauf, daß in letzter Zeit auch besonders im Kreise der Eisenbahnärzte so viel darüber gesprochen und geschrieben worden ist, von vornherein hierfür um Entschuldigung bitten. Gleichzeitig versichere ich Sie, daß es nur einige wenige praktische Fragen sind, die ich gerne mit Ihnen besprechen möchte, deren Klärung aber um so wünschenswerter erscheint, als wir alle als Ärzte einer Behörde gemeinsam daran arbeiten, der Tuberkulose vor allem innerhalb dieses Kreises so viel als möglich Abbruch zu tun.

M. H. Die alte Streitfrage, ob der Weg, den Deutschland im Kampfe gegen die Tuberkulose mit dem Bau der Heilstätten eingeschlagen hat, der richtige ist, kann ich füglich übergehen. Nur einen Punkt möchte ich hervorheben, der, so viel mir bekannt, noch nie betont worden ist, nämlich den, daß das Verständnis für diesen Kampf nie so ins Volk eingedrungen wäre, träten ihm nicht die über ganz Deutschland zerstreut liegenden Heilstätten, als sichtbares Wahrzeichen bei dieser großen Bewegung immer wieder vor Augen. Doch das nur nebenbei.

Wir müssen mit der Tatsache der bestehenden Heilstätten rechnen, deren großen Nutzen doch wohl nur noch wenige bestreiten.

War bei Einrichtung der Heilstätten der erste und maßgebende Gedanke der, daß durch eine Kur in denselben die Erwerbsfähigkeit der Kranken gehoben und die Invalidität zum mindesten herausgeschoben worden und daß sich auf diese Weise das angelegte Kapital indirekt verzinsen sollte, dann mußten die Besitzer dieser Heilstätten, die Landesversicherungsanstalten, Pensionskassen, und auch die neuen Wohltätigkeitsanstalten in zweiter Linie darauf bedacht sein, daß sich ihre Anstalten auch direkt durch die einkommenden Pflegegelder verzinsen, daß sie sich selbst unterhalten.

Wollen wir dies auch bei unserer Heilstätte erreichen, — und das geht sehr gut — dann müssen Sie uns, meine Herren, vor allem unterstützen und zwar durch regere Beteiligung am Hersenden geeigneter Kranken.

Vom 18. 4. bis 31. 12. 04. sind hier bei uns 250 Kranke aufgenommen und zwar aus den Bezirken der Eisenbahndirektionen Altona, Berlin, Breslau, Bromberg, Danzig, Essen, Halle, Hannover, Kattowitz, Königsberg, Magdeburg, Posen, Stettin.

*) Vergl. Versammlungsbericht S. 378.

Essen kann bei der Ihnen gleich mitzuteilenden Zusammenstellung nicht in Rechnung gezogen werden, weil dieser Bezirk hierher nur 3, nach der Heilstätte Stadtwald dagegen 52 Kranke geschickt hat; ebenso will ich Altona mit 6 bzw. 11 Kranken ausschalten, um jeden Fehler anszuschließen.

An dem Hersenden dieser dann übrig bleibenden 178 Kranken haben sich von 1199 Ärzten der entsprechenden Direktionsbezirke nur 145 = 20,43 %, mithin rund $1/5$ der Herren beteiligt, während also annähernd 80% = $4/5$ keinen einzigen Tuberkulösen der Heilstättenbehandlung überwiesen. In den einzelnen Direktionsbezirken schwankte die Zahl der sich beteiligenden Ärzte zwischen 4,17 und 33,04 %. Und wie verschieden die Beteiligung auch wieder unter den 145 Herren war, ersehen Sie daraus, daß die meisten uns nur 1—2 herschickten, während 1 Herr aus Charlottenburg 9, 1 Herr aus Bromberg 17 Kranke unserer Pflege und Behandlung anvertrauten.

Wenn ich nun nach dem Grund dieser Erscheinung frage, so muß ich mir sagen, entweder kann dies nur an einer großen Verschiedenheit in dem Auftreten der Erkrankung der Atmungsorgane im allgemeinen und der Tuberkulose im besondern innerhalb der einzelnen Direktionsbezirke liegen, oder an dem Widerstande, den die Leute ihrer Überweisung in die Heilstätte entgegensetzen, oder endlich an der Ansicht, die die Herren Kollegen über den Wert der Heilstätte selbst haben.

Für den ersten Punkt, die ganz ungleiche Verteilung der Erkrankung an Tuberkulose im Bereich der Eisenbahnverwaltung, finde ich keinen Anhalt. Der zweite und dritte Punkt hängen insofern eng miteinander zusammen, als der Widerstand der Kranken gegen eine Heilstättenbehandlung um so geringer sein wird, je überzeugter der Arzt selbst von dem Werte derselben ist.

M. H. Die hygienisch-diätetische Behandlung der Tuberkulose ist diejenige, die sich seit altersher erhalten hat, während alle anderen angewandten Mittel einem ständigen Wechsel unterworfen gewesen sind.

So sagt A. Fraenkel in seiner speziellen Pathologie und Therapie der Lungenkrankheiten: „Bereits Celsus, Plinius der Ältere und Galen treten für die klimatische Behandlung der Phthise ein. Cicero erzählt in seinen Briefen, daß die Ärzte ihm eine Sommerreise nach Rhodus verordneten, als seine Lunge durch angestrengte Berufstätigkeit angegriffen erschien. Besonders Celsus hielt den Genuß der Seeluft für empfehlenswert, Plinius der Ältere rühmte die Einwirkung der Sonne und der Tannenwälder, Galen forderte den Aufenthalt in reiner Luft und sandte seine Patienten in die Berge, um sie dort eine Milchkur gebrauchen zu lassen.“

Diese Behandlungsart ist, wie gesagt, seitdem stets, wenn auch in mehr oder weniger umfangreicher und mehr oder weniger geschickter Weise von den Ärzten gehandhabt worden: sie aber in geschlossenen Heilstätten anzuwenden und weiter auszubilden, das ist bekanntlich erst die Errungenschaft der neueren Zeit.

Und wer von Ihnen, m. H., bei der Behandlung der Tuberkulose der Atmungsorgane den Hauptwert auf regelmäßiges Leben, auf kräftige Kost, und auf staubfreie Luft legt, der muß auch unsere Kranken den Heilstätten überweisen, denn nur hier läßt sich diese Behandlung im Verein mit einer Abhärtungskur, — wenn ich mich etwas laienhaft so ausdrücken darf — regelrecht durchführen.

Jeder der einmal den Versuch gemacht hat, selbst in wohlhabenden und gebildeten Kreisen diese Behandlungsmethode im Hause durchzuführen, der wird es auch erfahren haben, auf welche Schwierigkeiten er stößt.

Am Morgen erscheint das Personal zum Abreiben oder Duschen unregelmäßig oder auch gar nicht, am Tage können die

Mahlzeiten, vielleicht aus Rücksicht auf den außerhalb beschäftigten Hausherrn nicht regelmäßig eingenommen werden; dadurch verschieben sich die Liegezeiten, die Spaziergänge müssen abgekürzt oder ganz unterlassen werden und abends kann der Kranke nicht rechtzeitig zu Bett gehen, weil er auf eingetroffenen Besuch Rücksicht nehmen zu müssen glaubt. Leichter schon läßt sich die hygienisch-diätetische Kur bei Kranken durchführen, die bereits einmal in einer Heilstätte gewesen sind, aber auch dann sollte man ihnen die Behandlung im Hause oder in einem offenen Kurort nur dann empfehlen, wenn man von der Charakterfestigkeit seiner Kranken nach dieser Seite hin überzeugt ist.

Nicht unerwähnt möchte ich aber lassen, daß wir hier in unserer Heilstätte keineswegs auf einem einseitigen Standpunkte der Behandlung stehen, sondern auch Heilmittel wie z. B. das Tuberkulin, Tuberkulo-Albumin und andere zu Hülfe ziehen.

M. H., meine Ansicht über den Wert der Heilstätten möchte ich, wie ich es auch schon bei Eröffnung unserer Heilstätte getan habe, kurz dahin präzisieren, daß mir bei dem chronischen Verlauf der Tuberkulose die hygienisch-diätetische Behandlung und damit die Heilstätten, wenigstens so lange wir uns noch ärztlich betätigen, nicht werden entbehren können, selbst wenn es einem Glücklichen vergönnt wäre, ein Spezifikum gegen die Tuberkulose zu finden.

Daß sich in unserer Heilstätte alle Faktoren, die zu einer rationellen Behandlung der Tuberkulose erforderlich sind, vereinigen, davon werden Sie sich hoffentlich durch Ihre heutige Besichtigung überzeugen und gebe ich mich der zuversichtlichen Hoffnung hin, daß alsdann auch die Herren, die bisher den Heilstätten kopfschüttelnd gegenüber gestanden haben, uns ihre geeigneten Kranken überweisen werden.

Eines anderen Einwurfes möchte ich noch gedenken, der von Heilstättengegnern immer wieder erhoben wird, daß nämlich die Heilstättenbehandlung doch nur vorübergehenden Nutzen schafft, denn kehren die Kranken in ihre alten Verhältnisse zurück, dann bricht das alte Leiden wieder von neuem aus.

Gewiß ist von unseren Kranken kaum einer in der Lage, später so zu wohnen und sich so zu verpflegen, wie er es hier gehabt hat und seine Arbeit seinem Leiden entsprechend zu wählen. Ich verkenne diese Schwierigkeiten für die Allgemeinheit keineswegs.

Aber m. H., das hat doch mit dem Erfolg der Kur als solcher nichts zu tun. Es ist doch bisher niemand eingefallen, einem Rheumatiker z. B. abzuraten, eine Kur in einem dafür geeigneten Bade anzutreten, weil er später doch wieder in seinen alten Beruf zurückkehren muß, in dem er sich den alten Fährlichkeiten von neuem auszusetzen gezwungen ist. Die Kur in Wiesbaden oder wo es sonst gewesen sein mag, hat deshalb doch ihre Schuldigkeit getan.

Und m. H., die Erfolge, die die Pensionskasse bisher mit der Heilbehandlung erzielt hat — nach Verlauf von 7 Jahren noch 37,33 % voll arbeitsfähig —, diese Erfolge werden noch weit bessere d. h. dauernde werden, wenn nur die ministerielle Verfügung, die vom Vorstande der Pensionskasse unter dem 17. 4. 04 bekannt gegeben ist, allgemein befolgt wird.

In dieser Verfügung heißt es unter näherer Begründung, daß die Dienstvorgesetzten dafür zu sorgen haben, daß die ärztlichen Anordnungen (Besuch von Walderholungsstätten, Aussetzen der Arbeit oder Schonung, Beschränkung der Arbeitszeit oder Ausschluß schwerer Arbeit für einen bestimmten Zeitraum, dauernde Übertragung anderer Arbeiten, Überweisung in hygienisch günstige Räume u. anderes) tatsächlich durchgeführt werden und daß den Herren Bahn- und Kassenärzten von dem Ausfall der Kur und den diesseits für notwendig erachteten weiteren Maßnahmen sofort Kenntnis gegeben wird. Die Bezirksausschüsse haben die Durchführung der ärztlichen Anordnungen zu überwachen.

Diejenigen Herren, die Entlassungsgutachten von mir zurückerhalten haben, werden gesehen haben, daß ich in der größten Mehrzahl der Fälle die Leute zu einer Wiederholungskur in etwa 1 Jahr vorgeschlagen habe.

Daß sich der eine oder der andere später nicht dazu eignet, ist ja selbstredend, und ist es Ihre Sache, darüber zu entscheiden.

Ich stehe im allgemeinen auf dem Standpunkte, will man durch die Heilstättenbehandlung wirkliche, dauernde Besserungen und Heilungen erzielen, dann müssen sich die Kranken namentlich in den ersten Jahren wiederholt einer Kur unterziehen. Wenn die Erfolge einer Heilstättenkur in den besseren, d. h. in diesem Falle wohlhabenden Kreisen günstigere sind, dann liegt das nicht sowohl daran, daß diese ihre spätere Arbeit ihrem Gesundheitszustande richtiger anpassen können, als daß sie die Kur von Jahr zu Jahr immer wiederholen.

Zurzeit ist unsere Heilstätte, wie Sie sehen werden, voll belegt; im Winter aber haben wir Platz genug und in diese Zeit müssen vor allem die Wiederholungskuren gelegt werden, bis das alte Vorurteil gegen die Winterkuren bei Ärzten und Kranken beseitigt ist.

Daß die Winterkuren mindestens dasselbe leisten wie die Sommerkuren, ist unter den Heilstättenärzten eine allgemein bekannte Tatsache. Liegt unsere Heilstätte auch abseits des Verkehrs hoch oben am und im Walde in vollkommen staubfreier Luft, so ist dies doch nicht bei allen Heilstätten ganz so der Fall. Aber nichtsdestoweniger ist auch bei uns die Luft noch reiner und erfrischender im Winter als im Sommer. Und dabei ist bei uns oben die Temperatur gleichmäßiger und wärmer als in der Ebene, wie es die Beobachtungen der Königl. meteorologischen Station in Schreiberhau zeigen. (Unsere eigene Station II. Ordnung ist in der Einrichtung begriffen.) Immerhin wird es natürlich Fälle geben, die sich nur für den Sommer eignen.

Meine Herren, das Vorurteil gegen die Winterkuren herrscht nicht nur allgemein bei unsern Kranken, sondern zum großen Teil auch noch bei uns Ärzten. Helfen Sie uns dies Vorurteil bekämpfen im wirtschaftlichen Interesse der Heilstätten und besonders im Interesse unserer Kranken. Je mehr Kranke die Heilstätte besuchen, desto besser ist der wirtschaftliche Erfolg der letzteren, der doch wieder den Kranken zugute kommt, und je gleichmäßiger die Verteilung des Besuchs auf Sommer und Winter ist, desto kürzer ist die Wartezeit von der Eingabe der Kranken bis zur Einberufung. Je schneller eine geregelte Behandlung einsetzt, desto besser natürlich ihr Erfolg.

M. H., wenn man die für die Aufnahme vorgeschriebenen Gutachten mit unserem Befund beim Eintritt in die Heilstätte vergleicht, dann ist man oft erstaunt über den schnellen Fortschritt, den die Krankheit in den 4, selten 6 Wochen gemacht hat und bedauert aufrichtig, den Patienten nicht gleich in Behandlung bekommen zu haben. Dabei möchte ich aber nicht unerwähnt lassen, daß mir allerdings wiederholt von seiten der Herren Kollegen zugestanden ist, daß sie den Befund etwas günstiger geschildert hätten, damit der Kranke nicht abgewiesen würde. Das gute Herz dieser Herren Kollegen schätze ich voll und ganz und doch möchte ich glauben, es wäre richtiger, sein Urteil vollkommen objektiv abzugeben.

Ganz nebenbei möchte ich noch kurz erwähnen, daß der Winteraufenthalt in einer Gegend wie Schreiberhau, wo man abseits des großen Verkehrs monatelang dem Schneesport huldigen kann, von Erholungsbedürftigen, Rekonvaleszenten, Lungenkranken und anderen viel zu wenig gewürdigt wird. Aber auch, m. H., von uns selbst; wie mir, so ist es wahrscheinlich auch den meisten von Ihnen ergangen. Nur wenige

von uns werden die Zeit der Erholung auf den Winter verlegt haben, um in den schneebedeckten Gefilden des Gebirges ihr körperliches Gleichgewicht wieder zu erlangen. Und doch, wer es einmal getan, den treibt es auch immer von neuem zu dieser Zeit hinaus. Das sehen wir hier an der regelmäßigen Wiederkehr früherer Wintergäste.

Alle paar Jahre sollten die ärztlichen Studienreisen in den Winter verlegt werden, damit Orte wie der unserige als Winteraufenthalt die richtige Würdigung erfahren.

Weshalb hat die seit 1899 bestehende, in etwa derselben Höhe wie Schreiberhau gelegene Heilstätte Friedrichsheim in Baden im Winter fast dieselbe Zahl von Kranken wie im Sommer und weshalb wird der Winteraufenthalt in Davos dem Sommeraufenthalt sogar vorgezogen? Mit der Länge der Zeit hat man eben die Vorteile eines Winteraufenthaltes immer mehr kennen und schätzen gelernt.

Wenn ich zum Schluß noch einige Wünsche äußern darf, dann möchte ich Sie bitten, schicken Sie uns keine zu schweren Kranken, keine fiebernden und bettlägerigen, und vor allem nicht solche her, bei denen die Diazoreaktion positiv ausfällt. Nach meinen Erfahrungen sind dies immer hoffnungslose Fälle.

Wir brauchen uns bei der Eisenbahn allerdings nicht auf das sog. I. Stadium zu beschränken, aber für bettlägerige Schwerkranke fehlt uns das nötige Pflegepersonal. Drängt solch ein Kranker, in die Heilstätte zu kommen, dann ist es, glaube ich, besser und für ihn weniger unangenehm, Sie halten ihn etwa unter dem Grunde zurück, daß fiebernde Kranke nicht aufgenommen werden können, als daß er von hier gleich wieder nach Hause geschickt wird. Im ersten Falle bleibt ihm doch noch die Hoffnung auf die Heilstätte, im letzteren geht auch diese ihm verloren.

Noch eins, m. H. Wir haben im Laufe dieses Jahres eine ganze Reihe von Kranken herbekommen, die derart schlechte Zähne hatten, daß ich erst Gebisse für sie beantragen mußte. Sie wissen ja, daß bis zur Genehmigung eines derartigen Antrages eine immerhin geraume Zeit vergeht und daß mindestens weitere 8 Wochen verstreichen, bis der Mann sein Gebiß hat. Der Zahnarzt wohnt in Hirschberg und ist jeder Tag, den die Leute zur Reise dorthin benutzen müssen, für die Heilstättenkur verloren. Daß für manch einen unserer Kranken derartige Reisen Gelegenheit zu Extravaganzen geben, kommt noch hinzu. Erscheint der Kranke dagegen hier mit brauchbarem natürlichen oder künstlichen Gebiß, dann kann er die ihm für die Kur bewilligte Zeit auch voll und ganz ausnutzen und Sie selbst, m. H., werden mehr Freude an Ihren heimkehrenden Patienten erleben.

Über Unfallneurose, sog. traumatische Neurose. Wie ist die Eisenbahnverwaltung gegen ungerechtfertigte Entschädigungsforderungen, welche dieserhalb erhoben werden, zu schützen!

Bericht von Sanitätsrat Dr. Löwenthal, Königsberg.

Die Erörterung der ursächlichen Beziehungen zwischen Unfällen und Neurosen hat in den letzten Jahrzehnten eine Literatur entstehen lassen, zu deren Bewältigung ein eigenes Studium gehört. Im Laufe der Jahre sind die früher sehr erheblichen sachlichen Differenzen zwischen den einzelnen Autoren (Oppenheim, Charcot, Page, Mendel) geringer geworden. Die schroff einander gegenüberstehenden Meinungen haben sich beträchtlich genähert.

Der Begriff der Neurose ist kein klinischer, sondern ein pathologisch-anatomischer im negativen Sinn. Man versteht unter traumatischer Neurose die nach Verletzung und Erschütterung des Körpers sowie nach anderen Unfällen sofort oder nach mehr oder weniger langer Zeit eintretenden eigentlichen Neurosen und zwar die gewöhnlichsten derselben, die Neurasthenie, Hypochondrie, Hysterie, die einfachen Psychosen. sowie die besonders häufigen Mischformen dieser Erkrankungen. Die Bezeichnung Unfallneurose enthält noch einen besonderen Sinn, der in der traumatischen Neurose nicht ohne weiteres liegt, denn als Unfallneurosen muß man diejenigen Neurosen bezeichnen, welche nach Schädigungen eintreten, die Unfälle im Sinne der Unfallgesetzgebung sind, und man kann nicht in Abrede stellen, daß man heutzutage sowohl für die Entstehung eines Teils der Symptome dieser Unfallsneurosen wie ganz besonders für ihre Hartnäckigkeit diese Gesetze selbst und ihre Ausführung verantwortlich macht. — Verantwortlich für die in ihrem Betriebe vorkommenden Schädigungen der Arbeiter und anderer Personen waren die Betriebsleiter in Deutschland schon durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 (für die Eisenbahnen waren schon 1838 besondere Gesetze für die Entschädigung Verletzter in Preußen erlassen), aber erst das berufsgenossenschaftlich geordnete Unfallversicherungsgesetz vom 6. Juli 1884, seine Ausdehnungsgesetze vom Mai 1885 und 1886 und 1887 sowie seine Umarbeitung, die wesentlich zugunsten der Arbeitnehmer erfolgte, und seine Erweiterung vom 30. Juni 1900 verschafften dem von Unfall betroffenen deutschen Arbeiter und damit dem größten Teile der Bevölkerung eine seiner Verletzung entsprechende Rente, bei völliger Erwerbsunfähigkeit zwei Drittel seines bisherigen Arbeitslohnes. — Der Begriff des Unfalls im Betriebe ist durch die Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes allmählich gesetzlich festgelegt und erweitert. Nach der Absicht des Gesetzes ist Unfall ein Ereignis, wodurch der Betroffene Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit, resp. den Tod erleidet. — Diese Schädigung soll aber auf ein plötzliches zeitlich bestimmtes, in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eingeschlossenes Ereignis zurückzuführen sein, wenn auch die Folgen dieses Ereignisses erst allmählich den Tod oder Körperverletzung hervorrufen. — Auch ohne materiellen Eingriff des betreffenden Ereignisses kann Angst oder Schreck Unfälle hervorrufen, ja sogar Tod zur Folge haben, wenn das ängstlich erwartete Ereignis, z. B. eine Explosion, gar nicht eingetreten ist, eine eigentliche Betriebsstörung also gar nicht stattgefunden hat. Das ist besonders wichtig für die Beurteilung der Entschädigungspflicht in zahlreichen Fällen. — Natürlich haben schon in früherer Zeit Unfälle mit nachfolgenden funktionellen nervösen Erkrankungen stattgefunden; genauer beobachtet und geschildert sind sie erst seit der enormen Entwicklung der Industrie und des Eisenbahnwesens im vorigen Jahrhundert. Es ist deshalb nicht wunderbar, daß aus dem Lande, wo beides zuerst einen großen Aufschwung nahm, aus England, die ersten genaueren Mitteilungen über Unfallsneurose kamen. Der Engländer Erichsen

„On railway and other injuries of the nervous System“ 1886 (von Kelp übersetzt) und

„On concussion of the spine, nervous shok and other obscure injuries of the nervous system“ 1875

hat zuerst und in mustergültiger Weise die Beobachtungen geschildert, die er nach Eisenbahnunfällen an den davon Betroffenen gemacht hat. Er hebt vor allem hervor, daß die nervösen Symptome meist nicht gleich nach dem Unfall vorhanden sind, daß der Verletzte zunächst meint, gut davongekommen zu sein, nach Hause und vielleicht zuerst sogar seiner Beschäftigung nachgeht. Erst einige Tage nach dem Unfall melden sich die Folgeerscheinungen, meist unter erheb-

licher seelischer Erregung. Dann bildet sich allmählich im Verlaufe einiger Wochen das charakteristische Krankheitsbild aus; Erichsen erwähnt: blasses Aussehen, mangelhaftes Gedächtnis, geistige Verwirrung, Unfähigkeit zur Arbeit, Reizbarkeit, unruhigen Schlaf, Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrgeräusche, nervöse Sehstörungen, Herabsetzung der Hautempfindlichkeit, steifen Gang und steife Haltung, Rückenschmerzen und Wirbelempfindlichkeit, aber auch weit ausgebreitete Schmerzen, allgemeine Muskelschwäche, Herabsetzung des Geschlechtstriebes. Erichsen war selbst offenbar nicht von der rein materiellen Auffassung seines Krankeitsbildes, das größtenteils auf Rückenmarkserscheinungen bezogen wurde, vollkommen befriedigt. Er hebt in seinem zweiten Werk die schweren seelischen Momente, die gerade Eisenbahnunfälle begleiten. (Schreck, Angst, Furcht) als wichtig für die Entstehung der schweren Erkrankungen nach diesen Unfällen hervor. Kurz, er liefert in vieler Beziehung, wie auch Oppenheim hervorhebt, Material für eine andere Auffassung dieser Krankheitsbilder, die einer späteren Periode vorbehalten waren.

In Deutschland haben sich zuerst Leyden in seiner Monographie der Rückenmarkskrankheiten und Erb in Ziemssens spezieller Pathologie und Therapie mit der traumatischen Neurose beschäftigt. Ihre Schilderung lehnt sich, obgleich sie über eigene Erfahrungen verfügen, offenbar eng an die Erichsens an. In dieselbe Zeit wie diese Abhandlungen fallen kasuistische Mitteilungen über die nervösen Folgen von Eisenbahnverletzungen aus der Westphalschen Klinik der Charité von Bernhard und Westphal selbst. Sehr verbreitet war die Arbeit des Eisenbahnarztes Riegler in Berlin „Über die Folgen der Verletzungen auf Eisenbahnen, insbesondere der Verletzungen des Rückenmarks", die 1879 erschien. Er stand noch ganz auf dem Standpunkt von Erichsen und Leyden, nimmt für die eigentlichen Railwayspinefälle eine anatomische Läsion des Rückenmarks an und kommt zu dem auffallenden Satze, daß eine solche nur bei Zusammenstößen und nur bei Personen vorkäme, die dem Punkt des Zusammenstoßes den Rücken zukehrten. Dagegen trat der Psychiater Moeli und die Amerikaner Wilkes, Waston, Pufnam für die hysterische Natur des ganzen Krankheitsbildes ein, was wieder Oppenheim bestritt, schließlich mußte aber auch dieser anerkennen, daß, was nachgewiesen zu haben Charcots Verdienst ist, wenigstens der weitaus größte Teil der nach Unfällen vorkommenden allgemeinen Nervenerkrankungen und gerade die praktisch wichtigsten eine anatomische Grundlage nicht haben, sondern rein funktioneller Art sind. Auch die von Oppenheim, Wilbrandt, Strümpell u. a. behaupteten sogenannten objektiven Symptome (Hautanästhesie und Gesichtsfeldeinengungen) sind von ebensolchen Autoritäten*) in Abrede gestellt, Strümpell selbst ist davon zurückgekommen und seit dem Kongreß für innere Medizin 1893 hat nach Jollis Vorgang die Ansicht von der Nichtspezifität der traumatischen Neurose allgemeine Anerkennung gefunden. Neuerdings hat Paul Schuster über die häufigsten objektiven Symptome der traumatischen Neurosen in „Fortschritte der Medizin", Band XIX Nr. 19 (1901) geschrieben und gibt bei verschiedenen derselben die Möglichkeit, getäuscht zu werden, zu; so bei der von Röder empfohlenen Prüfung der allgemeinen Herabsetzung der psychischen Leistungsfähigkeit durch kleine Rechenaufgaben (der zu Untersuchende muß z. B. eine halbe Stunde lang zwei einstellige Zahlen addieren, oder 3, 7 usw. von 100 herab immer weiter abziehen).

Ferner die allgemeine Adynamie, das Schwanken bei Augenschluß. Geringer ist die Gefahr, getäuscht zu werden, bei Tremor, namentlich flimmernder Tremor der Augenlider bei Lidschluß wird nicht leicht nachgemacht werden. Ein ganz grober Schütteltremor beim Erheben des Arms, beim Greifen, bei der Hüftbeugung des Beins in Bettlage ist allerdings leicht zu simulieren, doch soll wiederholte Beobachtung Gewißheit schaffen. Fibrilläre Muskelzuckungen, wie sie bei spinaler Muskelatrophie auftreten, hat nur Rumpf als den traumatischen Neurosen eigentümlich angesehen. Pulsbeschleunigung, Hyperästhesie und Anästhesie, Pupillenerweiterung, Gesichtsfeldeinengung sind nicht als objektive Symptome zu bewerten, dagegen der Pupillarlichtreflex, ein bei näherem Zusehen bemerktes fast ununterbrochenes Undulieren und Schwanken der Pupillenweite. Die Reflexe sind zuweilen gesteigert, namentlich der Patellarsehnenreflex. Kontrakturähnliche Zustände der Rückenmuskulatur geben durch das scharf hervorspringende Relief der neben der Wirbelsäule gelegenen Muskelbäuche ein höchst charakteristisches Bild und sind in einigen Fällen mit Rückentraumen gefunden worden. Die Veränderungen des Zirkulationssystems und vasomotorische Erscheinungen wie abnorm leichte Veränderlichkeit der Herzaktion in Bezug auf Frequenz und Größe des Pulses. Cyanose und Kühle der Hände, abnorm leichtes Erröten beim Bücken, bei Aufregungen, Dermographie, abnorm stark gespannter Puls, Verdickung der Arterienwände und Vergrößerung des linken Ventrikels sollen von großem Wert für die Diagnosenstellung sein, lassen aber meines Erachtens keinen sicheren Schluß zu. Als ein streng objektives Symptom wird neuerdings die sogenannte alimentäre Glykosurie angesehen, die in etwa 30 % der traumatischen Neurosen von H. Strauß' (Monatsschrift für Unfallheilkunde 1899, Nr. 12) beobachtet ist. Sie ist einfach, wenn man den Patienten einige Stunden beobachten kann, und besteht darin, daß man den Patienten $1/2$ Liter einer 20prozentigen Traubenzuckerlösung trinken läßt und dann mit der Gärungsprobe auf Zucker untersucht, bei nicht traumatischen Neurosen soll die alimentäre Glykosurie nur halb so oft als bei traumatischen gefunden werden. Auch Ebstein hat 1892 in der Berliner klinischen Wochenschrift Nr. 42, 43 zur Lehre vom traumatischen Diabetes mellitus sich geäußert.

Bei dieser Unsicherheit der Symptome und dem Mangel pathognomischer Erscheinungen ist es natürlich, daß Täuschungen vorkommen, vieles als Autosuggestion, Übertreibung und Simulation bezeichnet werden muß.

Simulation und Übertreibung müssen jedoch streng geschieden werden. Simulation ist Produktion eines Krankheitszustandes, der nicht vorhanden, und gilt in den uns interessierenden Fällen, wo es sich um Erlangung eines Vermögensvorteils handelt, als Betrug. Übertreibung ist das stärkere Betonen eines tatsächlich vorhandenen Krankheitszustandes. Daß jemand bei einer Untersuchung, von deren Ausfall seine finanzielle Lage abhängt, die vorhandenen Krankheitserscheinungen in den Vordergrund schiebt und stärker erscheinen zu lassen sich bemüht, als sie wirklich sind, ist etwas so allgemein Menschliches, daß man damit als mit etwas Natürlichem von vornherein bei jeder Untersuchung rechnen muß. Man kann daher wohl Strümpell beistimmen, wenn er sagt: Der Zeitpunkt der Prophylaxe ist der wichtigste: der Kranke prüft alle seine Gliedmaßen ängstlich, um wieviel sie gelitten haben und suggeriert sich unbewußt die Funktionsstörung, die er zu haben wünscht, um möglichst hohe Rente zu

---

*) Hübscher-Basel: Motorische Asthenopie bei traumatischer Neurose. Deutsche Medizinische Wochenschrift 1892 Nr. 17. (Erfahrungen nach dem Mönchensteiner Eisenbahnunfall.) Erhebliche Herabsetzung des Konvergenzvermögens.

Wilbrandt-Hamburg: Über die Veränderung des Gesichtsfeldes bei den traumatischen Neurosen: ibidem.

(Im Gegensatz zu Schmidt-Rimpler!)

„Der chronische Alkoholismus liefert oft ganz dieselben subjektiven Klagen und objektiv nachweisbaren Krankheitszeichen, welche für den allgemein nervösen Krankheitszustand charakteristisch sind."

erzielen: „Begehrungsvorstellungen“ treten auf und beeinflussen das ganze Verhalten.

Zur Illustration des Gesagten teile ich folgende Fälle mit: Z. . . . befand sich am 16. Dezember 1902 auf dem Personenzuge Nr. 378. Dieser Zug fuhr bei der Einfahrt in die Station W. (mit abgeminderter Geschwindigkeit) auf einen Rangierzug auf. Eine wahrnehmbare körperliche Verletzung hat Z. bei diesem Auffahren nicht erlitten; er erhob indessen Entschädigungsansprüche gegen die Staatseisenbahnverwaltung auf Grund des Reichshaftpflichtgesetzes und brachte zur Unterstützung derselben ein ärztliches Zeugnis bei. In diesem heißt es wörtlich: „Bei der Untersuchung fand ich keine äußere Verletzung, stellte aber eine starke Erschütterung des Nervensystems fest.“

In den nächsten Tagen verschlimmerte sich der Zustand bedeutend, trotz Ruhe und Anwendung von beruhigenden und nervenstärkenden Heilmitteln. Die Kopfschmerzen wurden stärker, es traten Schwindel, Trübsehen, Flimmern, Ohrenklingen, Frösteln, Zittern, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Apathie, zeitweilige große Mißstimmung und Aufregungszustände, allgemeine Körperschwäche und Erschlaffung ein. Ich stellte die Diagnose auf eine „traumatische Neurose“ usw. — Auf welche Weise er zur Feststellung der angeführten Symptome gelangt ist, hat der Arzt in seinem gedachten Zeugnis nicht angegeben.

In der Broschüre, „Die Einrichtung von Krankenhäusern, ein Akt der Notwehr gegen das Zunehmen des Simulantentums“ von Professor Dr. Seeligmüller, Spezialarzt für Nervenkrankheiten in Halle a. S., Verlag von Georg Thieme in Leipzig, 1890, war in Teil II, „Es gibt Simulanten und zwar nicht wenige“, darauf aufmerksam gemacht, daß die populären Symptome der „traumatischen Neurose“ in Meyers Konversationslexikon aufgezählt seien. Da uns das Meyersche Konversationslexikon nicht zur Hand war, schlugen wir in Brockhaus Konversationslexikon, 14. Auflage, Band 15 (1895) S. 961 den Artikel „traumatische Neurose“ auf und fanden als populäre Symptome derselben angegeben, „der Kranke klagt ferner über allerhand Schmerzen und unangenehme Empfindung an den Körperteilen, die durch den Unfall besonders betroffen wurden, über Kopfdruck und Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, undeutliches Sehen und dergleichen.“ Es lag deshalb die Annahme nahe, daß der (angeblich) Unfallverletzte Studien über die populären Symptome der „traumatischen Neurose“, sei es im Konversationslexikon, sei es in populären medizinischen Schriften gemacht und dann die entsprechenden Klagen dem Arzte vorgetragen habe, was — wie Professor Dr. Seeligmüller in seiner gedachten Broschüre angibt — gar nicht selten vorkommen soll.

Bei seiner gerichtlichen Vernehmung im Prozeß konnte der Arzt, welcher das oben gedachte Zeugnis ausgestellt hatte, nur wiederholen, daß die Untersuchung keine äußerlich feststellbare Verletzung ergeben habe, daß er außer großer Niedergeschlagenheit und Reizbarkeit objektiv nichts Krankhaftes hatte feststellen können und daß er die Diagnose auf „traumatische Neurose“, verursacht durch den Unfall vom 16. Dezember 1902, festgestellt habe.

Ein zweiter im Prozeß vernommener Arzt stellte beim Kläger „beginnende Arterienverkalkung“ (die mit dem Unfall in keiner Verbindung stehe), „Neurasthenie und traumatische Neurose“ fest, letztere, weil eine allgemein nervöse Aufregung, mäßig harte Schlagadern, im breiten Durchmesser etwas vergrößerte Herzdämpfung und auf 60 Schläge in der Minute beschleunigter Puls vorhanden war und die Kniescheibensehnenreflexe erhöht waren — und weil er (der Arzt) keine Veranlassung habe, an der Glaubwürdigkeit der vom Untersuchten vorgebrachten Klagen zu zweifeln. Sonstige objektive Krankheitserscheinungen hat auch dieser Arzt beim Untersuchen nicht feststellen können.

Das Gericht hat beschlossen, darüber, ob der Kläger infolge des Eisenbahnunfalls am 16. Dezember 1902 an einer traumatischen Neurose leidet und ob infolge dieser die Erwerbsfähigkeit des Klägers, unter Berücksichtigung seines Alters (der Kläger ist am 26. April 1843 geboren), seines früheren nervösen Zustandes und der bei ihm vorhandenen Arterienverkalkung gegenwärtig und dauernd um 70 % (wie der Kläger behauptet) vermindert ist. Beweis durch Vernehmung eines Spezialarztes für Nervenkrankheiten, um dessen Bezeichnung der zuständige Vorstand der Ärztekammer ersucht werden soll, zu erheben.

Der auf Anordnung des Gerichts und auf den Vorschlag des zuständigen Vorstandes der Ärztekammer als Gutachter vernommene Spezialarzt für Nervenkrankheiten (Dr. P. in P.) hat nach zweimaliger eingehender Untersuchung des Klägers und unter Berücksichtigung der bereits früher im Prozeß erstatteten Gutachten des Dr. P. und Dr. K. in ausführlichem Gutachten sich dahin geäußert: „Es müsse zunächst betont werden, daß es nach der heute geltenden Ansicht eine traumatische Neurose im Sinne einer spezifischen, durch Unfall hervorgerufenen nervösen Krankheit sui generis nicht gibt, daß vielmehr jene Zustände nervöser Art, wie sie nach Unfällen beobachtet werden, in den Rahmen der Hysterie oder Hypochondrie oder Melancholie oder Neurasthenie fallen.“

Für das Bestehen neurasthenischer Reizbarkeit würde im vorliegenden Falle nur die Lebhaftigkeit der Kniescheibenreflexe sprechen.

Der beschleunigte Puls bei dem Fehlen von Stabilität desselben ist mit den Altersveränderungen am Herzen und an den Gefäßen sehr wohl in Zusammenhang zu bringen. Dazu kommt, daß, wie in dem Gutachten des Dr. K. angegeben ist, der Kläger schon vor dem Unfalle ein nervöser Mann war.

Die subjektiven Klagen über zeitweisen Stirndruck, vorübergehende Stiche in den Schläfen, zeitweise mangelhaften Schlaf, gewisse Empfindlichkeit gegen Aufregungen und Alkohol bieten nichts Charakteristisches für Unfallfolgen und werden sehr häufig bei Leuten mit Gefäß-Altersveränderungen gefunden. Der Kläger (geboren am 26. April 1843, war zurzeit der Untersuchung durch Dr. P. 61 Jahre alt) ist eben in dem Alter, in dem sich durch arteriosklerotische Veränderungen subjektive Störungen erkennbar machen. Andererseits muß zugegeben werden, daß diese Altersveränderungen eine gewisse erhöhte Empfindlichkeit für Eindrücke aller Art mit sich bringen, und, wenn der erlittene Unfall auch keine körperliche Verletzung, keine Bewußtlosigkeit zur unmittelbaren Folge hatte, so ist doch immerhin zu bedenken, daß das ängstigende Moment bei dem Eisenbahnunfall ein nicht mehr ganz rüstiges Nervensystem getroffen hat. Dazu kommt, daß die allgemein verbreitete Kenntnis der Folgen gerade eines Eisenbahnunfalls (nota bene zu vergleichen die Abhandlung — den Artikel „traumatische Neurose“ in Brockhaus Konversationslexikon 14. Auflage Band 15, 1895, Seite 961) in dem vom Unfall Betroffenen die Idee hervorbringt, daß krankhafte Zustände mit Sicherheit zu erwarten sind.

Das daraus folgende subjektive Gefühl des Anrechts auf eine Rente, der daran sich anschließende Streit um diese, die damit verbundenen Aufregungen — alles dies ist anerkanntermaßen wohl imstande, eine gewisse Nervosität zu schaffen resp. eine schon vorhandene zu erhöhen.“

Nach alledem kommt der Gutachter, Spezialarzt für Nervenkrankheiten, Dr. P. zu P. zu dem Schlusse, daß:

1. eine traumatische Neurose als eigenartige Krankheit nicht existiert und daß:

2. der Kläger, in Berücksichtigung des aktenmäßig festgestellten nervösen Zustandes vor dem Unfall, sowie der bestehenden Altersveränderungen durch den Unfall in einen Zustand

gelangt ist, der seine Erwerbsfähigkeit um 25 bis 30 % zu beschränken geeignet erscheint.

Wir bemerken noch, daß der Prozeß in 1. Instanz schwebt und daß ein Endurteil noch nicht ergangen ist.

Das Reichsversicherungsamt hat in einem ähnlichem Falle angenommen, daß es sich um Folgen eines unberechtigten Kampfes um die Rente (traumatische Hysterie) handele, welche nicht als im ursächlichen Zusammenhang mit dem Betriebsunfall stehend anzusehen seien und kein Recht auf Rentenbezug geben. (Rekursentscheidung des Reichsversicherungsamts vom 20. Oktober 1902 Pr. L. Nr. 3265,3661. 02 — mitgeteilt in den „Entscheidungen der Senate des Reichsversicherungsamtes Jahrgang 1902, Selbstverlag der Knappschaftsberufsgenossenschaft Seite 179“.)

In dem gegenwärtigen Prozesse werden die ordentlichen (Prozeß-) Gerichte aus „Humanitätsrücksichten“ dem Kläger aber wohl eine, einer Erwerbsbeschränkung von 25 bis 30 % entsprechenden Rente für die Zeit bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres (mit diesem Zeitpunkte hört bekanntlich die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit ohnehin auf) zuerkennen.

In einer weiteren Prozeßsache, in welcher ein Kaufmann Entschädigungsansprüche auf Grund des Haftpflichtgestzes gegen die Eisenbahnverwaltung aus Anlaß eines auf der Eisenbahnfahrt (angeblich) von ihm erlittenen Unfalles erhoben hat, ist von den gerichtlich mit der Abgabe eines ärztlichen Gutachtens beauftragten Ärzten, Sanitätsrat Dr. R. und Sanitätsrat Dr. G. in F. und A. folgende gutachtliche Äußerung (unterm 1. 5. 05) abgegeben worden.

Es erübrigt nunmehr, die beobachteten nervösen Erscheinungen und die objektiv nicht feststellbaren, aber von dem Kläger G. geklagten Beschwerden, wie schlechter Schlaf, Schwindel, Angstgefühle, Kopfschmerzen, Mattigkeit und Schwäche des Gedächtnisses (— von den Gutachtern ist eine Abnahme des Gedächtnisses des p. G. weder für Dinge, die vor dem Unfalle — 24. 2. 01 — liegen, noch für solche, von welchen G (der Kläger) nach dem Unfalle Kenntnis erhalten hat, festgestellt) in bezug auf die Möglichkeit ihres Zusammenhanges mit dem erlittenen Fall (des Klägers aus dem Wagenabteil auf den Bahnsteig) zu prüfen. Diese Symptome entsprechen nicht etwa demjenigen Krankheitsbilde, für das längere Zeit die mit Recht in Mißkredit gekommene Bezeichnung „traumatische Neurose“ im Schwange war, sondern sind sämtlich so bekannt als Folgen der hier (beim Kläger) vorliegenden erheblichen Veränderung des Herzens, daß sie sich ohne jeden Zwang in diesen Krankheitszustand einfügen und daß bei der vorliegenden Erkrankung des Herzens (des Klägers) unwillkürlich nach ihrem Bestehen gesucht werden würde, wenn sie nicht klar zutage träten.

Für sie eine von dem Herzleiden (des Klägers) unabhängige Entstehungsursache annehmen, hieße den hinreichend bekannten Tatsachen einen durch nichts zu motivierenden Zwang antun. Völlig unerheblich dürfte es sein, festzustellen, auf Grund welcher Schädlichkeiten das Herzleiden des Klägers entstanden ist, da ein Zusammenhang mit dem (vom Kläger) am 22. Februar 1901 erlittenen Unfalle ausgeschlossen werden muß.

Die sogenannte Unfallsneurose ist nun nicht unausbleibliche Folge, sondern geknüpft an gewisse Umstände. Diesen Umständen müssen wir entgegentreten, wollen wir die Entstehung der Unfallsneurosen verhüten oder ihre Zahl verringern.

Außer den Unfällen selbst tragen drei Umstände zur Entwickelung der Neurose bei:

1. ängstliche hypochondrische Vorstellungen über eigene Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und Existenz der Familie;

2. die damit verbundenen „Begehrungsvorstellungen“, eine möglichst hohe Entschädigung zu gewinnen;

3. die mit dem Kampf um die Rente verbundenen nervösen Aufregungen durch Untersuchungen, Prozesse etc.

Die hypochondrischen Vorstellungen lassen sich bekämpfen durch genaue Untersuchung und bestimmt ausgesprochene Versicherungen des Arztes, es werde wieder gut werden; Rücksicht auf das seelische Verhalten der Kranken und, wie Fürstner fordert, von Anfang an nicht bloß chirurgische, sondern auch psychiatrisch-neurologische Behandlung.

Prophylaktisch noch wichtiger aber ist der Kampf gegen den Alkohol, denn wenn einerseits durch Alkohol eine große Anzahl von Unfällen, die sogenannte traumatische Neurosen in ihrem Gefolge haben, herbeigeführt wird, so ist andererseits der Alkohol prädisponierend und direkt als Ursache anzusehen für eine Anzahl von Störungen, die wir als Teilerscheinungen der traumatischen Neurose ansehen und würdigen müssen. (Literatur Wilbrandt-Hamburg.) Daher Ausdehnung des Alkoholverbots auf alle Betriebe des Eisenbahndienstes (nicht die Dienststellen anweisen, die Arbeiter zur Bezahlung des von Schankwirten kreditierten Schnapses anzuhalten!).

Wichtigste Aufgabe der Therapie ist, den Verletzten wieder an die Arbeit zu gewöhnen, ihm das Vertrauen zu geben, daß er sich auf seinen Körper wieder verlassen kann; es muß deshalb Gelegenheit gegeben werden, produktive Tätigkeit zu leisten durch Tätigkeit in der Werkstatt, Schlosserei usw., die ihm geläufig ist. Neben sorgfältiger Auswahl bei der Einstellung, zeitweiliger Kontrolle des Gesundheitszustandes, namentlich auch des Nervensystems und umsichtiger Prophylaxe im Betrieb wird eine konstante höhere Instanz zur Begutachtung am ehesten als Gegengewicht gegen die Überhandnahme der Neurose wirken.

Zum Schlusse will ich noch die von Geh. Rat Schwechten zur Verhütung von Eisenbahnunfällen und Verringerung der sogenannten Unfallneurosen gemachten Vorschläge etc. erwähnen:

1. Strenge Auswahl der Beamten bei der Anstellung, genaue Aufnahme der Anamnese über vorhergegangene Nervenerkrankungen bei ihnen selbst und bei ihrer Aszendenz, und rücksichtslose Abweisung aller Bewerber, bei denen die Anamnese auch nur berechtigten Grund zu dem Verdacht nervöser Belastung gibt.
2. Hinwirkung auf frühzeitige Pensionierung bei denjenigen Beamten des Zugpersonals, wo das Nervensystem merkliche Zeichen von dauernder Ermüdung oder sonstiger Schädigung zeigt.
3. Hinwirkung auf Mäßigkeit im Alkoholgenß seitens des Personals.
4. (Genaue Kenntnis der Symptomatologie der U., Vermeidung aller schädigenden Untersuchungsmethoden und Behandlungsweisen, dagegen obligatorische Bettruhe für einige Zeit, später Aufenthalt im Walde oder auf dem Lande) frühzeitige Heranziehung zu leichter Arbeit.
5. Vorsicht bei Ausstellung von Gutachten über Neurastheniker und bei Begutachtung von Ansprüchen derselben.
6. Bei Anerkennung berechtigter Ansprüche energische Abweisung nachweislich übertriebener Forderungen.
7. Hinwirkung auf schnelle Erledigung der Rentenansprüche.

Nervendruckpunkte und Nervenmassage.

Von

Dr. E. Wallenweber, prakt. Arzt in Schleswig.

Dr. Cornelius, Stabsarzt in Meiningen:

1. Druckpunkte, ihre Entstehung, Bedeutung bei Neuralgien, Nervosität, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie und Geisteskrankheiten sowie ihre Behandlung durch Nervenmassage. Mit 3 lith. Taf. Berlin. Enslin 1902.

2. Narben und Nerven. Vortrag. D. mil.-ärztl. Ztschr. 1903. Nr. 10.
3. Les points douloureux, la cause des maladies nerveuses fonctionelles. Bull. off. de la soc. med. des praticiens. 1903. Nr. 12.
4. Die Druck- oder Schmerzpunkte als Entstehungsursache der sog. funktionellen Nervenerkrankungen, ihre Enstehung und Behandlung. Vortr. geh. a. d. 75. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte in Kassel. Wien. Pertes 1904.
5. Die sog. funktionellen Nervenerkrankungen vom Standpunkt der Nerven(knoten)punktlehre aus betrachtet. Vortrag. Fortschr. d. Med. 1904 Nr. 10.

In den vorstehend genannten Arbeiten hat Cornelius seine Nervendruckpunktlehre dargelegt, eine Theorie, mit der er dem Wesen der funktionellen Nervenkrankheiten näher zu kommen sucht. Mag er auf ihr seine eigenartige Behandlung aufgebaut haben oder, umgekehrt, was wahrscheinlicher ist, die Theorie entwickelt haben zur Erklärung seiner praktischen Beobachtungen und Erfolge: zu leugnen ist nicht, daß er einen Weg betreten hat, auf dem der Praktiker noch manchem schwierigen Fall mit Geduld glücklich beizukommen im stande ist.

Die Lehre C.s ist folgende: Das Nervensystem wird fortwährend durchflutet von den Wellen eines Nervenstromes; das An- und Abschwellen findet in dem eigentümlichen Auf und Ab vieler nervöser Beschwerden und ihrer Begleiterscheinungen, wie der Arzt sie täglich zu beobachten Gelegenheit hat, seinen Ausdruck. Beim gesunden Menschen geht dies Strömen ungehindert vor sich; beim Kranken aber finden sich Hindernisse in kleiner oder großer Zahl, von den grobsinnlichsten angefangen bis zu den mit unserer heutigen Technik nicht mehr nachweisbaren Narben und Schwielen, herrührend von Verletzungen der Körperdecken, von Entzündungsvorgängen rheumatischen, arthritischen, anämischen usw. Ursprungs in den die größten und kleinsten Nerven umgebenden Geweben. An diesen Hindernissen staut sich der Nervenstrom: der schmerzhafte Nervendruckpunkt ist da. Je nach der Ursache oder auch der Dauer der Erkrankung finden sich solche Druckpunkte nur in geringer Zahl oder bis zu mehreren Hunderten. Durch den zwischen ihnen flutenden Nervenstrom stehen sie mit einander und mit dem Gehirn in Verbindung: bei Reizung des einen wird oft ein anderer, oft sehr entfernter und nicht in nachweisbarem anatomischen Zusammenhang stehender, werden viele andere in Mitleidenschaft gezogen (Strahlung), schließlich auch das Gehirn, das schon durch die Grundursachen (Vererbung gehört auch dazu) geschwächt, dem unendlich häufigen Ansturm der peripheren Reize unterliegt, ja sogar mit Epilepsie und Geisteskrankheit antworten kann. Für die Behandlung kommt alles darauf an, die Hindernisse für den Nervenstrom hinwegzuräumen, den Nerv aus der Umklammerung durch die Narben zu lösen. Das geschieht durch die Nerven- oder Druckpunktmassage. Ihre wesentliche Unterscheidung von der gewöhnlichen Massage liegt darin, daß sie ganz umschriebene Stellen in Angriff nimmt, vornehmlich auch quer zum Verlaufe des Nerven geübt wird. Jeder Punkt wird einige Minuten massiert; bei einer großen Anzahl von Punkten (bis über 200 finden sich in den Krankengeschichten angegeben) ist es unmöglich, täglich alle vorzunehmen. Durch die Massage gelingt es jedesmal, die Druckpunkte schmerzlos zu machen. Nichtsdestoweniger wirkt sie zuerst als Reiz; ihre Reize häufen sich und nach kürzerer oder längerer Zeit tritt die „Reaktion“ ein, die sehr stürmisch verlaufen kann (Schlaflosigkeit, allgemeine Erregung, gesteigerte Schmerzen). Der mit der Druckpunktbehandlung Vertraute weiß sie als Beweis für die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges zu schätzen und zu überwinden. Ihr folgt nach einiger Zeit die günstige Wirkung, die oft ans Wunderbare grenzen und die verschiedensten früher vorgenommenen Heilversuche glänzend übertreffen kann.

Soweit Cornelius' Ausführungen, die durchaus klar und faßlich sind und nach der praktischen Seite hin mit einer Reihe von Krankengeschichten belegt werden. Aber — abgesehen von dem unbestreitbaren Einfluß von Narben nach Verletzungen und Entzündungen — bez. der Entstehung der meisten auf eine zum Teil sehr große Zahl von Druckpunkten zurückgeführten nervösen Beschwerden und Nervenschmerzen setzt Cornelius doch wohl eine Theorie an Stelle einer anderen; die bindegewebige Umklammerung so unendlich vieler allerfeinster Nervenzweige wird, wie er ja selbst sagt, sich nie mit unseren Untersuchungsmethoden nachweisen lassen. Freilich ist die bisher geltende Erklärung der Neuralgien aus „molekularen Veränderungen“ der Nerven noch dunkler.

Wie man sieht, entsprechen diese Druckpunkte nur zum geringeren Teil den unter der Bezeichnung „Valleixsche Druckpunkte“ verstandenen Austrittsstellen von gröberen Nerven aus Knochenkanälen, Muskeln und Faszien. Es scheint aber, als ob sich früher schon mindestens Anklänge gefunden haben an die Beobachtungen, die Cornelius — sicher unabhängig — gemacht und theoretisch und namentlich praktisch weiter verwertet hat.

Nach Cornelius finden die oben erwähnten Strahlungen von einem Druckpunkt zum andern auf dem Grunde der geschilderten Narbenbildung statt, sind also krankhaft. Doch gibt es ähnliche, freilich nur vorübergehend auftretende Strahlungen auch innerhalb physiologischer Grenzen; man vergleiche Quincke: Über Mitempfindungen und verwandte Vorgänge, Ztschr. f. klin. Med. Bd. XVII. H. 5). Ich sehe natürlich ab von den krankhaften und aus anatomischem Zusammenhang leicht erklärbaren Beispielen und führe nur an: die Selbstbeobachtungen Kowalewskys, das Schauergefühl beim Beißen auf Sand, unangenehme Hautempfindungen bei erschreckendem Knall, umschriebenen Schweißausbruch beim Genießen saurer Speisen. Das ist zwar keine Strahlung von Schmerz, aber doch eine nervöse Fernbeziehung, zum Teil sogar andersartiger Reize.

Head (die Sensibilitätsstörungen der Haut bei Viszeralerkrankungen; deutsch von W. Seiffer, Berlin. Hirschwald 1898) fand, daß bei vollständiger Ausbildung seiner Fälle ganze Zonen in segmentaler Beziehung zum Rückenmark hautempfindlich waren, und daß diese Hautempfindlichkeit an den Stellen der sog. Maxima am stärksten sich ausprägte und bei Besserung der Erkrankung am längsten erhalten blieb. Beim Vergleich der Headschen und der Corneliusschen Tafeln ist es höchst auffallend, daß fast alle Headschen Maxima unter den von C. eingezeichneten Druckpunkten zu finden sind, ja auch an Zahl (104) ihnen nicht so sehr nachstehen; sie tun dies besonders an den Armen und Beinen, wo Heads Forschungen gerade weniger sichere Ergebnisse gehabt haben und am Kopf. Unter den von C. in 4) mitgeteilten Krankengeschichten finden sich einige, in denen die Beschwerden von seiten innerer Organe (Herz, Magen, Darm, Uterus) besonders im Vordergrund stehen: die von den Kranken geklagten Schmerzen scheinen gerade — und was ist natürlicher? — innerhalb der Gebiete ausgestrahlt zu haben, die von Head als zugehörige Zonen bezeichnet werden. Zum Wesen der Neurasthenie, der C.'s Kranke fast ausschließlich angehören, gehört ja die außerordentliche Vielseitigkeit; so findet sich natürlich unter seinen Fällen, besonders unter den dreien mit Druckpunkteinzeichnung in 1), keiner, der ausschließlich Beschwerden eines Organs hätte und also einen Vergleich der entsprechenden Druckpunkte mit den Headschen Maxima ermöglichte. Eine Aufnahme der Headschen Zonen durch Cornelius selbst an seinen Kranken dürfte die erwünschte Aufklärung bringen, vielleicht aber daran scheitern, daß bei seinen Neurasthenikern fast sämtliche Zonen, also die

ganze Körperoberfläche, gesteigert empfindlich sein würden, die Abgrenzung im einzelnen also kaum zulassen würden; studieren lassen sich die Headschen Zonen ja eigentlich nur in ihrem Einzelauftreten bei Körperlichkranken. Aber die ganze Übereinstimmung erscheint so natürlich und zwanglos, daß man an ihr nicht zweifeln kann. Sie ist vielmehr eine höchst erwünschte Stütze nicht für die „Druckpunkttheorie", sondern für die Entdeckung weiterer objektiver und daher der Behandlung zugänglicher Symptome der nervösen Erkrankungen.

Und Objektivität besteht hier trotz dem C. gemachten Vorwurf und dem auch jedem mit der Druckpunktmassage sich beschäftigenden Arzt oft aufstoßenden Anscheine, daß die Angaben der Kranken über neue Punkte und die Wirkung der Massage stark von Suggestion beeinflußt seien. Aber man muß nur zwei kurz nacheinander sich einstellende Kranke genau dieselben Punkte als schmerzhaft angeben gehört haben, und wird an dem wirklichen typischen Vorhandensein nicht mehr zweifeln.

Diese Behandlung durch Massage in Angriff genommen und empfohlen zu haben ist unstreitig ein großes Verdienst von Cornelius. Freilich, das läßt sich nicht leugnen: sie ist nicht leicht und stellt Geduld und Ausdauer des Arztes und seines Kranken oft auf eine harte Probe. So lange es sich um erst kürzer dauernde und weniger ausgedehnte Erkrankungen mit einer geringeren Zahl von Druckpunkten handelt, läßt sich die Sache sehr erfreulich an. Mit schweren Fällen aber geht es dem Anfänger wie Goethes Zauberlehrling: „Die ich rief, die Geister, werd' ich nun nicht los!" Lawinenartig wächst die Zahl der Druckpunkte, je mehr massiert werden, und dem Tag um Tag verzweifelter dreinschauenden Kranken Mut und Ausdauer einzureden, gelingt dem Arzt um so weniger, je mehr sie auch ihm zu schwinden anfangen. Gewissenhaft an die Zahlung denkenden Kranken kann auch aus solchen Bedenken schon bange werden, denn die Kur dauert in schweren Fällen wochen-, ja monatelang. Vor einem gefährlichen Schritt zu warnen, mag Verfasser aus eigener Erfahrung gestattet sein: man lege, wenn schon überhaupt lieber keine Massage, so nie und nimmer diese in die Hände des Laien, und sei er noch so intelligent! Erstens vermag der Laie überhaupt nie so zart und mit solcher Abstufung des Druckes zu massieren wie der Arzt; zweitens aber ermüdet der etwa sich selbst massierende Kranke infolge seiner eigenen reizbaren Schwäche und schafft sich durch die Anstrengung ein neues Hindernis der Genesung. Wie hocherfreulich aber sind in glücklichen Fällen die Erfolge, nachdem so manches andere versucht wurde und fehlschlug.

Merkwürdigerweise aber scheint die Druckpunktmassage nur noch wenig Eingang bei den Ärzten gefunden zu haben. In der Literatur findet sich fast nichts.

Jendrassik (Über neurasthenische Neuralgien. D. med. Wschr. 1902 H. 36. 37) erwähnt nur als differentialdiagnostisch wichtig, daß die Schmerzhaftigkeit bei neurasthenischen Neuralgien auf Druck abnimmt, während bei echten die leiseste Berührung nicht ertragen wird, spricht aber nicht von einer Behandlung durch Massage. Dagegen bezeichnet Boenninghaus (Über nervösen Halsschmerz. D. m. Wschr. 1904 H. 46) am Halse jederseits zwei Druckpunkte, die mit den von Head abgebildeten superior und inferior laryngeal maximum übereinzustimmen scheinen; der untere findet sich auch bei C. 1) im zweiten abgebildeten Schema; dort und im vierten ebenfalls ein auf der Mittellinie liegender Druckpunkt unten auf der Trachea, den Boenninghaus auch angibt. Die von C. 4) unter 19. angeführte Krankengeschichte ist ein vortreffliches Beispiel für solchen nervösen Halsschmerz. B. empfiehlt bei dieser Erkrankung einzig und vor allem die Massage des Halses, die — bezeichnenderweise! — schon beim erstenmal oft bedeutende Erleichterung verschaffe. Endlich ist Naegeli mit seiner Arbeit (Nervenleiden und Nervenschmerzen. Jena. Fischer 1899) C. vorausgeeilt, wenn er auch nicht sich zu dieser einheitlichen Erklärung durchgearbeitet hat; einige von seinen Griffen und Massagen gehören zweifellos hierher, so der Zungenbeingriff, der Dehngriff an der Stirn („wirksam ist jedenfalls die indirekte Dehnung der Nervenendigungen"), die Griffe bei Ischias, Lumbago, Magenkrampf, Mastodynie, Neuralgien.

Die Druckpunktmassage kann nur durch die Hand ausgeführt werden, da sie so feiner Abstufungen fähig sein muß. Die in unserer Zeit viel geübte Vibrationsmassage ist nach Verfassers Meinung hier nicht am Platze; jedenfalls fiel ein Versuch mit dem neuen Hand-Vibrationsmassageapparat der Gesellschaft „Vibrator" (Zentr.-Bl. f. phys. Therapie u. Unfhkunde 1905. H. 5) nicht günstig aus.

Referate.

Sammelberichte.

Die wichtigeren Erscheinungen auf dem Gebiete der Tuberkulose in der Literatur des Jahres 1904.

Zusammengestellt von C. Th. Curschmann-Gießen.

Die Verbreitung der Tuberkulose in den europäischen Staaten nach statistischen Daten festzustellen, hat trotz der erheblichen Hindernisse, die vor allem in dem ungleichmäßigen und mangelhaften Material, sowie in der sehr verschiedenartigen Behandlung desselben bestanden, Prinzing unternommen. Wenn auch verschiedene Angaben sich überhaupt nur sehr schwer mit einander in Vergleich bringen ließen, so konnte Prinzing[1]) doch feststellen, daß sich zwei große Gebiete mit niederen Zahlen der Tuberkulose-Sterblichkeit fanden, der Norden Deutschlands, Dänemark, Niederland, England und Italien. Die Hauptherde sind in Hessen, Bayern, Nieder- und Ober-Österreich, Böhmen, Mähren und Schlesien vorhanden. Es handelt sich dabei nur um Mortalität nicht um Morbidität. — Auch aus Amerika erhalten wir Mitteilung von S. Brand[2]) über die Schwindsuchtssterblichkeit daselbst und zwar getrennt nach Rassen. Es starben an Tuberkulose im Jahr 1900 auf 10000 Lebende: Weiße Rasse 17,4, Kinder unter 15 Jahren 31,8. Neger = 48,5, Kinder unter 15 Jahren 24,6. Indianer = 50,7. Chinesen = 65,7. Bei diesen sehr verschiedenen und zum Teil sehr hohen Ziffern komme in Betracht, daß die Chinesen unter den ungünstigsten Verhältnissen leben, meist an Unterernährung leiden und das Klima nicht gewöhnt sind; bei den Indianern zeige sich der Einfluß des Übergangs aus dem Freiluftleben in das Stadtleben, überhaupt der Einfluß der Zivilisation auf eine wilde Volksrasse (dabei auch vor allem Wirkung des Feuerwassers). Den Negern fehle jegliche Hygiene, sie hegen große Abneigung gegen Wasser, dagegen Vorliebe für ungesunde Speisen und Kleidung; früher trieben diese auch Ackerbau, jetzt wohnen sie meist in Städten und zwar eng zusammen in den ungesundesten Bezirken.

Geist[3]) verbreitet sich über die Tuberkulose in Irrenanstalten und gibt dabei folgende Zahlen: in sächsischen Städten über 8000 Einwohner starben 0,21 ‰ an Tuberkulose, in Großstädten 0,23 ‰. in der Anstalt Zschadraß 0,65 und in Zuchthäusern 1,4 ‰. Geist bezieht die größere Häufigkeit der Tuberkulose in Irrenanstalten auf eine größere Disposition der Geisteskranken gegenüber Geistesgesunden und zwar sei die Disposition um so größer, je stärker der geistige Verfall vor-

---

[1]) Prinzing, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 46.
[2]) S. Brand, Tuberculosis, Monatsschrift usw. 7.
[3]) Geist, Allg. Ztschr. f. Psych. u. psych-ger. Med. 61.4.

schreite. — Leider sind die Zahlen von Baer[1]) für preußische Zuchthäuser nicht direkt damit zu vergleichen, da sie auf Gestorbene berechnet sind. Nach Baer beträgt die Mortalität an Phthise in den Strafanstalten 58,5 % der Gestorbenen 1877 bei steter Abnahme bis 38,3 % 1900. Also noch immerhin trotz der Abnahme einen erheblichen Überschuß über die allgemeine Bevölkerung, die nach Baer im Jahre 1897 in Preußen folgende Verhältnisse ergaben: allgemeine Bevölkerung 18,5 % aller über 15 Jahre alten Gestorbenen an Tuberkulose verstorben. Dagegen 35,2 % der verstorbenen männlichen Zuchthaus- und 29,8 % der Gefängnisgefangenen.

Auf 10000 Lebende berechnet ergab sich in Preußen 1890 eine Sterblichkeit an Tuberkulose von 28,1 — 1898 = 20,0 — 1901 = 19,5 und 1902 von 19,0.

Der Rückgang der Tuberkulosemortalitätsziffer in Preußen wird nach Ascher[2]) durch Zunahme der akuten Respirationskrankheiten ausgeglichen. Ascher ist überhaupt nicht von den Erfolgen unserer Bestrebungen gegen die Tuberkulose überzeugt: die Abnahme beginne schon vor Entdeckung des Tuberkelbazillus, und sei in Kreisen, wo keine Bekämpfung stattgefunden habe, noch größer als im ganzen Staat. — Sehr interessante Mitteilungen liegen von Grancher[3]) vor über das Vorkommen der Tuberkulose in den Pariser Schulen. Derselbe untersuchte mit anderen sämtliche Kinder von zwei Pariser Stadtschulen und fand bei 14 % der Knaben, und 17 % der Mädchen sichere Zeichen von Tuberkulose, sei es der Hals- oder Bronchiallymphdrüsen. Die Hälfte waren Nachkommen tuberkulöser Eltern, im ganzen zeigten von 896 Kindern 141 latente Tuberkulose.

Ist diese letzte Statistik auch wieder ein Beweis für die weite Verbreitung der Tuberkulose, so glaubt doch Krämer[4]), daß die Nägelische Behauptung von der allgemeinen tuberkulösen Durchseuchung der Menschen keineswegs hinreichend gestützt sei, zumal auch Kalkherde in Lungen und Drüsen von anderen Prozessen herrühren könnten; von welchen ist leider nicht gesagt. — Hier muß ich auch noch auf eine Untersuchung in „Brauers Beiträge zur Klinik der Tuberkulose“ zurückkommen, wie ich ja in diesen Zeilen noch sehr oft Gelegenheit haben werde, auf dieses Werk hinzuweisen, das sich durch das gleich tüchtige Zusammenwirken von Herausgeber, Verlag und Mitarbeiter zu einer der hervorragendsten Erscheinungen auf dem Gebiete der Tuberkuloseliteratur emporgeschwungen hat. Die sehr genaue und lehrreiche Untersuchung von Fischer[5]) über die Entstehungs- und Verbreitungsweise der Tuberkulose in den Schwarzwalddörfern Langenschiltach und Gremmelsbach, die sich auf eine ärztliche und berufliche Aufnahme der beiden Dörfer stützt, in Verbindung mit einer Feststellung der familiären Verhältnisse, hat zu folgenden Schlußsätzen geführt:

1. Die Tuberkulosemorbidität ist weit höher, als sie von der staatlichen Eintagsstatistik von 1901 für Baden berechnet ist.

2. In der landwirtschaftlichen Bevölkerung sind Morbidität und Sterblichkeit an Phthise beinahe um die Hälfte geringer, als in den übrigen Berufsarten.

3. Sozial und hygienisch niedrig stehende Bezirke zeigen erhöhte Morbidität und Sterblichkeit.

4. Die Tuberkulose ist keine Krankheit ganzer Familienstämme, sondern einzelner Haushaltungen.

5. Eine hereditäre Disposition ist für die Verbreitung der Krankheit nicht maßgebend, dagegen ist dies die Infektionsgefahr.

6. Ein gewisser Schutz durch das Höhenklima ist wahrscheinlich.

Auf einzelne dieser Schlußfolgerungen werde ich später noch einmal zurückzukommen haben.

Auch für Verbreitung unserer Kenntnisse über Tuberkulose wurde im vergangenen Jahre Sorge getragen, und zwar durch den im Oktober im Anschluß an die Weltausstellung zu St. Louis abgehaltenen American international Congress on Tuberculosis, vor allem aber durch die Einrichtung von Tuberkulose-Ausstellungen wie zu Baltimore oder des ständigen Tuberkulose-Museums zu Karlsruhe. Die erstere umfaßt nach Knopf[1]) Statistik der Tuberkulose, Ansichten und Pläne von Heilanstalten, Geschichte der Tuberkulose, Pathologie und Bakteriologie, während nach Marcuse[2]) in Karlsruhe auch noch verwandte Gebiete herangezogen wurden: Ernährung, Beruf, Alkoholismus usw.

Über die Ätiologie der Tuberkulose bzw. der Art und Weise, des Mechanismus der Entstehung der Infektion stand im vergangenen Jahre hauptsächlich zur Diskussion die Theorie von v. Behring[3]), wie er sie nochmals im Januar im Verein für innere Medizin in Berlin vorgetragen hat. v. Behring legte dabei im wesentlichen das Folgende dar: Die Angaben von Mitulescu, wonach Infektionen durch Bücher, in welchen in ca. 30 % Tuberkelbazillen gefunden worden waren, und von Knopf, wonach bei 20 Menschen durch Aktenstücke Infektionen zustande gekommen sein sollten, seien medizinischer Klatsch. Er verhalte sich sehr skeptisch gegen alle Mitteilungen von primärer Inhalations-Tuberkulose. Nach seiner Ansicht werde schon in frühester Kindheit der Grund zur Schwindsucht gelegt: spätere Aufnahme von Bazillen sei zwar nicht gleichgültig, aber doch für sich allein nicht imstande, Tuberkulose zu erzeugen. Die Infektion erfolge im Kindesalter, und zwar gelange das Gift zuerst in die Lymphbahnen und von da in die Blutwege und erst später von hier in das Lungengewebe. Das Hineingelangen von Tuberkelbazillen in die Lunge genüge nicht zur Erzeugung von Lungentuberkulose, sondern es sei eine Disposition dazu notwendig. Was sei aber Disposition: Prädestination, Einfluß der Jahreszeiten oder Keimvererbung? Der Tuberkel sei nicht ein Teil des Wirtskörpers, auch nicht ein Teil des Parasiten, sondern etwas Neues durch Symbiose von Wirt und Bazillen entstanden, also eine neue biologische Einheit. Die meisten Erklärungen der Disposition seien nur Beschreibungen einzelner Symptome. Jeder Mensch sei zur Tuberkulose disponiert. Es gäbe keine individuelle, sondern nur eine Art-Disposition. Auf die Phthisiogenese im Tierkörper übergehend, bemerkt v. Behring: Auch beim Einatmen von Tuberkelbazillen entstehe beim Meerschweinchen keine Lungenschwindsucht, ebensowenig wie beim Einspritzen derselben in die Zungenbasis. Der primäre Weg seien die Lymphbahnen, dann Blutwege und zuletzt das Lungengewebe. Bei Verfütterung und Einatmung finde keine Kavernenbildung statt, erst bei Abschwächung der Bazillen durch Formalin sei dies möglich, entstehe ein chronisch verlaufender Prozeß. Die spontane Kavernenbildung sei also nur das vorgeschrittene Stadium der intestinalen Infektion. Diese unter dem Bilde der Skrofulose verlaufende intestinale Infektion im Kindesalter sei das, was man die Disposition nenne; also lediglich ein Ausdruck der infantilen Infektion, diese führe auf dem Umwege der Skrofulose zur Erkrankung der Lungenspitze. — Was können wir nun gegen auf solchem Wege erworbene Lungenschwindsucht tun? Die Bekämpfung müsse bereits beim Kind einsetzen, und zwar einer-

1) Baer in Hdb. der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht.
2) Ascher, Berl. Klin. W. 17.
3) Grancher, Acad. de méd. 21., 28./6. 04.
4) Krämer, 76. Versammlg. deutscher Naturforscher und Ärzte.
5) Fischer, Beitr. z. Klinik der Tuberkulose. Bd. III, H. 1.

1) Knopf, Ztschr. f. Tub. u. Heilst., Bd. VI, H. 2.
2) Marcuse, Soziale Praxis. 10.
3) v. Behring, Verein f. innere Medizin, Berlin 18. 1. 4.

seits durch Verhütung des Einbringens von Tuberkelbazillen mittelst der Nahrung beim Kind und andererseits der Zuführung von Tuberkulose-Antikörper mit der Milch. Kochen der Milch vernichte die Schutzkräfte der Milch; ungekochte, keimfreie Milch mit Erhaltung der Immunkörper zu geben, werde durch Zusatz von Formalin 1 : 5—10000 erreicht. Die Bakterien würden durch diesen Zusatz nicht abgetötet, sondern nur gehemmt, der Zusatz bewirke also keine Sterilisierung, sondern nur eine Konservierung.

Gegen diese Theorie wurden schon in derselben Sitzung gewichtige Widersprüche erhoben von seiten B. Fraenkels und Baginskys. Im Laufe des Jahres wurde dann von so zahlreichen Autoren gegen die neue Lehre opponiert, daß es mich hier zu weit führen würde, sämtliche oder die meisten anzuführen, ich muß mich daher darauf beschränken, nur einzelne Arbeiten unter kurzen Bemerkungen herauszugreifen. So kommt Oppenheimer[1]) zu dem Schluß: 1. An Tuberkulose sterben in den ersten Lebensmonaten relativ wenig Kinder. — 2. Gegen die Annahme, daß die ersten Anfänge der Tuberkulose bis ins Säuglingsalter zurückreichen, spricht: a) die Nägelische Statistik, b) der negative Ausfall der Tuberkulinreaktion bei ganz jungen Kindern. — 3. Es ist unwahrscheinlich, daß es sich um eine alimentäre Infektion durch Kuhmilchgenuß handelt, denn a) die Tuberkuloseserblichkeit ist ebenso groß in Ländern, in denen gestillt wird, als in solchen, wo die Kinder mit Kuhmilch aufgefüttert werden; b) die primäre Tuberkulose tritt nicht häufig genug auf, als daß man sie als erste Lokalisation der Infektion betrachten könnte; c) die durch v. Behring am Versuchstier wenige Tage nach intestinaler Einverleibung von Tuberkelbazillen gefundenen grauen Knötchen im kleinen und großen Netz haben sich bis jetzt an Leichen von Säuglingen noch nicht nachweisen lassen.

Auch Cornet[2]) kommt am Ende einer umfangreichen logischen und kritischen Arbeit über diesen Gegenstand zu dem Resultat: daß sich Statistik, Experiment, Klinik und epidemiologische Forschung die Hand reichen, um die Entstehung der Lungenschwindsucht auf dem Wege der Einatmung zu beweisen und um v. Behrings neue Lehre von der Säuglingsinfektion in allen ihren Teilen zu widerlegen. — Interessant sind die Ausführungen von Babes[3]), Kitasato[4]) Heymann[5]), Fisch[6]), Christ[7]) und Rördam[8]), die sämtlich den Nachweis der Inkongruenz der Tuberkulose (unter Kindern oder Erwachsenen) und des Genusses roher Kuhmilch zum Gegenstand haben: in England viel Rindertuberkulose, häufiger Genuß roher Kuhmilch — wenig Tuberkulose der Kinder, dagegen in Rumänien auch da viel Tuberkulose, wo überhaupt keine Kindermilch in Betracht kommt. Ähnlich liegen die Verhältnisse für Japan, Türkei, Grönland, die Goldküste, asiatische Türkei. Speck[9]) wies nach, daß von 8010 Tuberkulösen 5854 also 73 % mit Frauenmilch ernährt worden waren, während Kingsford[10]) in London an 339 tuberkulösen Kindsleichen in 63,7 % eine Infektion durch Inhalation und 19,1 % durch Ingestion konstatierte, wobei in 17 % der Fälle der Infektionsweg unentschieden blieb. B. Fischer[11]) kommt in einem Referat über die Eintrittspforten der Tuberkulose zu dem Resultat: es spricht nichts für, aber alle Tatsachen gegen die Lehre v. Behrings. Und Tendeloo[1]) endlich führt aus: Eine intrathorakale Tuberkulose darf nicht als eine enterogene betrachtet werden, wenn die Mesenterialdrüsen und der Darm nicht tuberkulös sind. Primäre enterogene Tuberkulose sei selten. Die Annahme, die Säuglingsmilch sei die Hauptquelle der Schwindsuchtsentstehung, sei eine rein willkürliche. Ebenso gut könne v. Behring behaupten, das Staubpigment der Lungen sei mit dem Speichel verschluckt und dann durch den Lymph- und Blutstrom den Lungen zugeführt.

Die Theorie v. Behrings, die also in kurzen Worten besagt, die Tuberkulose entstehe hauptsächlich durch die Säuglingsmilch und werde am besten bekämpft durch Befreiung resp. Freihalten der Kuhmilch von Tuberkelbazillen und durch Hinzufügen von Tuberkuloseantikörper zur Kuhmilch, erfuhr meist aber auch nur teilweise und bedingte Zustimmung von v. Weismayer[2]), Geßner[3]), A. Köhler[4]), F. Wolff[5]) und Volland[6]). Dieselben betonen meist, daß sie die Theorie für möglich, bzw. die Infektion im frühen Kindesalter für wahrscheinlich halten, um dann ihre speziellen Ansichten und Reflexionen anzuführen.

Höchst überraschend nach all diesen Beweisführungen für und wider kam daher die Mitteilung von v. Behring[7]), daß er von der ganzen Welt mißverstanden worden sei, daß er „Säuglingsmilch" durchaus nicht mit „Kuhmilch" identifiziert habe, sondern, daß er unter „Säuglingsmilch" auch jede andere Milchart bzw. Nahrung verstanden wissen wollte, mit der in ihr enthaltene oder sonst zufällig in den Mund des Säuglings gekommene Tuberkelbazillen in den Magendarmkanal hinabgespült werden könnten. Daß schließlich Tuberkelbazillen, die zufällig in den Mund eines Säuglings geraten sind, mit jeder Nahrung hinabgespült, ja mit Speichel verschluckt werden können, ist übrigens, wie auch Flügge[8]) sehr richtig bemerkt, eine so durchaus selbstverständliche Sache, daß es darüber keiner Debatte bedarf.

Übrigens hätte v. Behring bereits gelegentlich der Diskussion über seinen Vortrag in der Sitzung des Vereins für innere Medizin in Berlin am 18. 1. 1904 Gelegenheit gehabt das Mißverständnis zu korrigieren, auch später mußte doch während des ganzen Jahres v. Behring sozusagen Tag für Tag der falschen Auffassung begegnen. Und auch heute noch mutet es sonderbar an, auf der einen Seite die Säuglingsmilch als Entstehungsursache, auf der anderen Seite Verbesserung der Kuhmilch und zwar besonders das Freisein derselben von Tuberkelbazillen als Mittel zur Einchränkung und Bekämpfung der Tuberkulose proklamieren zu hören, ohne beide zu identifizieren. Denn was nützte schließlich jede Verbesserung der Kuhmilch, wenn der Grund zur Tuberkulose doch in der Jugend gelegt würde durch Verschlucken von Tuberkelbazillen anderer Provenienz. Doch mit der Erklärung v. Behrings dürfte jede weitere Debatte zunächst überflüssig sein.

Eine von der v. Behringschen nicht sehr verschiedene Theorie über die Wege der tuberkulösen Infektion im kindlichen Körper legte Westenhoeffer in der Berliner Medizinischen Gesellschaft (10. 2. 04) dar. Die Verletzungen (ganz besonders zur Zeit des Zahndurchbruchs) der Mundschleimhaut sollten die Hauptwege für den Eintritt der Tuberkelbazillen darstellen. Beim Erwachsenen sei die Inhalationstuberkulose das typische. Die Quelle der Infektion sei in allen Fällen der Mensch. Gegen diese Theorie wurde

---

1) Oppenheimer, Münch. med. Wschr. 5. 1904.
2) Cornet, ibid. Nr. 11.
3) Babes, Rumän. Akad. d. Wiss. 6. 2. 04.
4) Kitasato, Ztschr. f. Hyg u. Inf. 48. 3.
5) Heymann, ibid. 48. 1.
6) Fisch, Corr. f. Schw. Ärzte. 23.
7) Christ, Corr. f. Schw. Ärzte 1. 05.
8) Rördam, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 3.
9) Speck, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 48 1.
10) Kingsford, Lacnet 24. 9. 04.
11) B. Fischer, Münch. m. Wschr. 34.

1) Tendeloo, Beitr. z. Klin. der Tub. II. 4.
2) v. Weismayer, Wien. Klin. Rdsch. 25.
3) Geßner, Ztrbl. f. i. Med. 31. u. 36.
4) F. Köhler, Wien. Klin. Rdsch. 37.
5) F. Wolff, Münch. med. Wschr. 34.
6) Volland, Münch. med. Wschr. 20.
7) v. Behring, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 2.
8) Flügge, ibid.

in der Sitzung selbst schon lebhafter Widerspruch erhoben, u. a. von Neumann, Baginsky, Benda, A. Fraenkel, A. Meyer und Cornet.

Ribbert[1]) hält zwar das gleichzeitige Vorkommen von Tuberkuloseinfektion durch den Darm und durch die Luftwege bei demselben Individuum für möglich, glaubt aber, daß die sekundäre Infektion der Lunge auf dem Blutweg das häufigere sei. Die Ansicht, daß die Entstehung und Verbreitung der Tuberkulose auf hämatogenem Wege zustande komme, wird besonders auch vertreten von Aufrecht[2]) und von Römer[3]), der auf Grund theoretischer Erörterungen versucht, an einigen Fällen nachzuweisen, daß die Tuberkulose erblich übertragen und auf hämatogenem Wege weiter verbreitet wird.

Wassermann[4]) dagegen nimmt wieder an, daß die Tuberkelbazillen zuerst in die Halslymphdrüsen geraten und von hier auf dem Lymphweg zur Pleura pariet, und dann zur visceralen und zur Lunge. Daß die Tuberkulose natürlich auch durch den Darm in den Körper Eingang finden kann, wird kaum jemand bezweifeln (Bartel[5]), Richter[6]), Lindenstein[7]), Rau[8]), Hunter[9]), doch scheint der ärogene Infektionsweg der überwiegend häufigere zu sein (Lubarsch[10]), Symes & Fisher[11]), Spengler[12]), Heller[13]), siehe auch oben Kingsfort und Tendeloo). Abrikosoff[14]) kommt zu dem Schluß: Lungentuberkulose im reifen Alter ist meist Folge einer vor kurzem erfolgten Infektion und nicht Exacerbation eines von Kindheit an in latentem Zustand vorhandenen tuberkulösen Prozesses. Der gewöhnliche Anfangsort sind die intralobulären Bronchien der Lungenspitze, die Infektion erfolgt durch die Luftwege. Saugmann[15]) kommt noch einmal auf die Frage der Staub- oder Tröpfcheninfektion zurück und weist nach, daß die letztere keineswegs sehr gefährlich sein könne, da statistisch in Lungenheilstätten und Polikliniken für Halskranke bei den Ärzten, die doch gerade der Tröpfcheninfektion am stärksten ausgesetzt sind, keine Todesfälle an Tuberkulose vorgekommen sind und nur 2 von weit über 200 erkrankten an Tuberkulose, genasen aber wieder.

Daß Tuberkelbazillen gerade in allernächster Nähe des Kranken am häufigsten vorkommen, hat Bing[16]) wiederum nachgewiesen; auch Flügge[17]) läßt die „Ubiquität“ der Tuberkelbazillen nur insoweit gelten, als überall Tuberkulöse sind und ihre Umgebung gefährden. Der Genuß von Milch und Butter sei nicht ernstlich zu fürchten. (Teichert[18]) hat in zahlreichen Proben Butter aus der Provinz Posen in 22,2 % Tuberkelbazillen gefunden — genau der Prozentsatz, wie ihn das Schlachtvieh an Tuberkulose in den Posener Schlachthöfen aufwies.) Auch Götschlich[19]) hat Versuche über das Vorkommen der Tuberkelbazillen im Staub von Räumen mit starkem Menschenverkehr angestellt und dabei gefunden, daß von einer Ubiquität keinenfalls die Rede sein könne, da zahlreiche Versuche negativ ausfielen. Jedoch sei auch die Gefahr nicht zu unterschätzen, da hier nur das Infektionsmaterial zu sehr verdünnt sei. Die Gefahr steige mit der Verminderung des Raumes und der Zunahme der Anzahl der tuberkulösen hustenden Menschen. Der kranke Mensch bildet ein Zentrum der Infektion. „Wer keine Gelegenheit hat, mit einem Phthisiker zu verkehren, der hat nur sehr geringe Infektions-Chancen, auch dann, wenn er stundenweise öffentliche Lokale besucht und die üblichen Verkehrsmittel benutzt.“ Über die Lebensfähigkeit der mit kleinsten Tröpfchen versprühten Bakterien hat Stölting[1]) Versuche angestellt, die im allgemeinen ein überraschend schnelles Absterben der Keime ergaben. Einen Einfluß darauf hatten verschiedene physikalische Bedingungen und zwar: 1. Die Belichtung. Im diffusen Tageslicht erlischt die Keimfähigkeit erheblich schneller als im Dunkeln. 2. Die Oberfläche der Gegenstände. Ist diese rauh, wie bei Geweben, so vermögen die Bakterien viel länger den schädlichen äußeren Einflüssen zu widerstehen, als wenn sie glatt sind wie bei Glas oder Holz. 3. Die Temperatur zeigt ihren Einfluß in der Weise, daß bei niedrigen Wärmegraden die Keime wesentlich länger am Leben bleiben als bei Zimmertemperatur oder Blutwärme. 4. Der Feuchtigkeitsgehalt der Luft scheint nur geringen Einfluß zu haben. Über die Abtötung von Tuberkelbazillen in Reinkultur durch Bogenlicht werden von Bang[2]) Angaben gemacht, während Barthel u. Stenström[3]) nachweisen, daß Tuberkelbazillen in geronnener Milch eine Temperatur von 80^0 überstehen, in nicht geronnener dagegen absterben. Das Züchtungsverfahren von Piatowski[4]) (Mischung von etwa 10 ccm tuberkelbazillenhaltigem Auswurf mit 2 bis 3 Tropfen Formalin, durchschütteln und $^1/_4$stündlich abimpfen) hält Sorgo[5]) für nicht brauchbar.

Jaqué[6]) bestreitet auch die günstigen Erfahrungen beim Züchtungsverfahren von Tuberkelbazillen aus Sputum nach Hesse und Spengler. Auf Wasser-Glyzerin-Agar bekomme man wohl Vermehrung der Tuberkelbazillen, aber keine Kolonien (kann ich aus eigener Erfahrung bestätigen).

Die Angabe, daß virulente Tuberkelbazillen im Kaltblüter-Organismus in harmlose säurefeste Bazillen umgewandelt werden, bestreiten Weber u. Taute[7]), die dieselben säurefesten Bazillen auch aus nicht geimpften Kaltblütern, sowie auch aus deren Umgebung, wie Schlamm und Moos, erhielten. Beim Menschen fand Simoni[8]) bei 105 Fällen ohne Tuberkulose zehnmal säurefeste Stäbchen im Halse, ebenso zweimal im Sekret von Otit. med.

Einen neuen Mikroben der Phthise (neben dem Bazillus der Tuberkulose) will v. Schroen[9]) entdeckt haben und versucht denselben mit einer Deutschlands wissenschaftlicher Welt bisher unbekannten Reklame weiteren Kreisen bekannt zu geben. Faßt man aber die Tatsachen, daß der Autor Färbungs- und Züchtungsmethoden seines Mikroben sorgfältig verschweigt, zusammen mit verschiedenen unrichtig in der Broschüre angegebenen allgemein anerkannten Grundsätzen, so muß man mindestens sagen, daß die v. Schroenschen Angaben noch sehr der Nachprüfung bedürfen, ganz abgesehen davon, daß der neue Mikrobe die Größe eines Schimmelpilzes haben soll und also wohl kaum so lange der Forschung hätte entgehen können.

---

1) Ribbert, Deutsch m. W. 28.
2) Aufrecht, 76. Versammlung deutscher Naturf. und Ärzte.
3) Römer, Inaug.-Diss. Tübingen 04.
4) Wassermann, Berl. Kl. W. 48.
5) Bartel, Wien Kl. W. 15.
6) Richter, Berl. Kl. W. 45.
7) Lindenstein, Inaug.-Diss. Würzburg.
8) Raw, Brit. m. J. 28. 5. 04.
9) Hunter, ibid. 14. 5. 04.
10) Lubarsch, Fortschr. d. Med. 16/17.
11) Symes & Fisher, Brit. m. J. 2259.
12) Spengler, Berl. Klin. W. 11.
13) Heller, ibid. 20.
14) Abrikosoff, Virchows Arch. 178, 2.
15) Saugmann, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 2.
16) Bing, Norsk. Mag. f. Läger 7.
17) Flügge, Deutsch. m. W. 5.
18) Teichert, Klin. Jahrb. 12. 5.
19) Gotschlich, Inaug.-Diss. Breslau.

---

1) Stölting, Inaug.-Diss. Berlin.
2) Bang, Medd. fra Finsens med. Lysinst. H. VII.
3) Barthel u. Stenström, Ztrbl. f. Bakt. usw. 37, 3.
4) Piatowski, Deutsch. m. W. 28.
5) Sorgo, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 6.
6) Jaqué, Ztrbl. f. Bakt. 36. 3.
7) Weber u. Taute, D. m. W. 28.
8) Simoni, Rif. med. 23.
9) v. Schroen, der neue Mikrobe der Lungenphthise, Broschüre.

Lebhaftes Interesse beanspruchte immer wieder die Frage der Beziehungen zwischen Menschen- und Rindertuberkulose. Heller[1]) hält seine Angaben, daß die primäre Darmtuberkulose der Kinder meist eine Infektion durch die Bazillen der Rindertuberkulose darstelle, aufrecht und behauptet, daß dieselbe durchaus nicht selten sei, bis 25 % aller Kinderleichen. Fibiger und Jensen[2]) fanden primäre Darmtuberkulose bei 6 % aller Sektionen, bei 11% aller Tuberkulösen; von 79 Kindern hatten 4 primäre Darmtuberkulose.

Silberschmidt[3]) kommt bei Erörterung aller Publikationen und Tatsachen zu dem Schluß, daß weder morphologische noch kulturelle Unterschiede zwischen Menschen- und Tier-Tuberkelbazillen bestehen, daß weder die klinischen noch die pathologisch-anatomischen Beobachtungen die Identität oder Nicht-Identität entscheiden. Wahrscheinlich können Rindertuberkelbazillen auch beim Menschen in seltenen Fällen Tuberkulose verursachen. Raw[4]) ist ebenfalls der Ansicht, daß der Mensch sowohl von dem Erreger der Rindertuberkulose als von dem der menschlichen Tuberkulose ergriffen wird. Erstere befalle meist Kinder und werde durch die Milch kranker Kühe übertragen; sie führe zur Erkrankung seröser Häute, der Knochen und Drüsen. Die menschliche Tuberkulose werde durch Einatmung tuberkulösen Auswurfs oder sonstiger Stoffe auf erwachsene Menschen übertragen und führe meist zur Tuberkulose der Lunge. Die Rindertuberkulose der Kinder schütze wahrscheinlich vor der menschlichen Tuberkulose der Erwachsenen. — Auch die Frage durch Übertragung menschlicher Tuberkelbazillen auf Tiere zu lösen, ist verschiedentlich versucht worden. Preisz[5]) konnte weder durch Injektion unter die Haut, noch ins Bauchfell, ins Blut, oder durch Fütterung bei Tieren mit menschlichen Tuberkelbazillen eine allgemeine Tuberkulose erzeugen. Dagegen haben Karlinski[6]), Fibiger und Jensen[7]), Eber[8]) positive Erfolge gehabt. Karlinski sagt direkt, menschliche Tuberkulose sei auf das bosnische Rind übertragbar und erzeuge eine lokale und allgemeine Tuberkulose, die von Perlsucht nicht zu unterscheiden sei. Fibiger und Jensen fanden, daß bei der Hälfte der Fälle von menschlicher Tuberkulose die gefundenen Bazillen eine Tuberkulose von progressivem Charakter bei den geimpften Kälbern erzeugten. Von 5 primären Darmtuberkulosen bei Kindern hatten 4 große Giftigkeit für das Rind. Auch Eber hat festgestellt, daß in 5 Fällen von Darmtuberkulose des Menschen das zur Überimpfung auf Rinder verwendete Material sich nur zweimal geringgradig virulent oder völlig avirulent, dagegen einmal mittelgradig und zweimal stark virulent erwiesen hat. — Die englische königliche Tuberkulosekommission[9]), zur Untersuchung der Beziehungen zwischen Menschen- und Rindertuberkulose eingesetzt, hat mit 7 unter mehr als 20 verschiedenen Stämmen von Menschentuberkulose bei Rindern ausgebreitete akute Tuberkulose hervorrufen können. Fünf andere Stämme, die zunächst nur lokale Veränderungen hervorbrachten, waren nach Passage durch den Tierkörper bei weiterer Verimpfung auf Rinder auch imstande, allgemeine Tuberkulose zu verursachen. Die Kommission hält daher die Krankheitsprozesse, die bei dem Tier durch menschliche und tierische Tuberkelbazillen hervorgerufen werden, für identisch. — Alle diese Autoren begehen eben den Fehler, daß sie annehmen, daß jede bei dem Menschen gefundene Tuberkulose auch nur durch den Erreger der menschlichen Tuberkulose, nicht durch den der Rindertuberkulose hervorgerufen sein könnte. Weber führte denn auch auf der Versammlung der Tuberkuloseärzte (Berlin 11. 04) aus, daß es zwei völlig verschiedene Arten Tuberkelbazillen, den Typus humanus und den Typus bovinus gebe. Dieselben unterscheiden sich sowohl in morphologischer wie in kultureller Hinsicht und bei der Tierinfektion. Eine Umwandlung des einen in den andern finde nicht statt. Die Bazillen der Kaltblütertuberkulose stehen in gar keiner Beziehung zu den Tuberkel- und Perlsuchtbazillen, sie seien nur Saprophyten. Unter 56 Fällen von Tuberkulose beim Menschen wurden 50mal nur menschliche Bazillen, 3mal nur Typus bovinus und zwar 2mal in Mesenterialdrüsen, einmal in Drüsen und Darm (bei jungen Kindern), in 2 andern Fällen in Mesenterialdrüsen Typus bovinus, in anderen Organen Typus humanus, im letzten Fall endlich wurden in Lungenherden beide Typen zusammen gefunden. Daraus gehe also hervor, daß der Typus bovinus für den Menschen auch nicht ohne Gefahr sei. — Diese Gefahr der Übertragung wird natürlich hauptsächlich durch die Milch dargestellt. Der Übergang von Bazillen in die Milch kann nach Karlinski[1]) oft ohne sichtbare Erkrankung des Euters vorkommen. Prettner[2]) läßt die Milchdrüse als Prädilektionsorgan für die Ausscheidung der Tuberkelbazillen nicht gelten. Die ausführlichen Untersuchungen von Ostertag[3]) dienen nur der klinischen und bakteriologischen Feststellung der Eutertuberkulose. — Was weiterhin noch die Beziehungen der Geflügeltuberkulose zur Säugetiertuberkulose betrifft, so behauptet L. Rabinowitsch[4]), daß die beiden Erreger nicht getrennte Arten, sondern angepaßte Varietäten seien. Die Geflügeltuberkulose komme spontan bei Säugetieren, und umgekehrt die Säugetiertuberkulose bei Papageien und Raubvögeln vor. Bei Beurteilung der Impfresultate sei die sehr wechselnde Virulenz der verschiedenen Tuberkulosestämme zu berücksichtigen.

Auf die Verhältnisse der Disposition und Heredität bei Tuberkulose übergehend, muß ich zunächst eine Arbeit von Wassermann[5]) erwähnen, der eine sonderbare Vererbung eines locus minoris resistentiae zu konstruieren sucht. 3 Mädchen mit Lungentuberkulose gingen unter zerebralen Erscheinungen zugrunde. Da die Patientinnen bezgl. Gehirnerkrankungen nicht tuberkulöser Art mehrfach hereditär belastet waren, glaubt W., daß diese Heredität auch für tuberkulöse Erkrankungen disponiere. Die Frage der Heredität gewinnt ja allerdings nach den Untersuchungen von Schmorl und Geipel[6]) ein ganz anderes Gesicht. Dieselben fanden tuberkulöse Veränderungen der Plazenta in 45 % aller untersuchten Fälle und zwar nicht nur am Ende der Schwangerschaft, sondern auch in früheren Monaten und auch nicht nur bei schweren Phthisen, sondern auch bei incipienten. Im Körper von 3 der Plazentarinfektion ausgesetzten Kindern war keine Tuberkulose zu finden, trotzdem aber ist die Möglichkeit danach nicht selten. — Damit läßt sich nur die Tatsache, daß angeborene Tuberkulose äußerst selten vorkommt, sehr schlecht vereinen und es fragt sich nur, ob nicht infizierte Früchte schon sehr früh zugrunde gehen. Für die Frage der Heredität bzw. der Vererbung der Disposition zur Tuberkulose fehlt, wie Burkhardt[7]) ausführt, die wissenschaftliche Begründung: man sei lediglich auf die Anamnese

1) Heller, Berl. klin. W. 25.
2) Fibiger u. Jensen, ibid. 7.
3) Silberschmidt, Korr. f. Schw. Ärzte, 14.
4) Raw, 72. Brit. med. Assoc.
5) Preisz, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 3.
6) Karlinski, Ztschr. f. Tiermed. Bd. 8.
7) Fibiger u. Jensen, Berl. kl. W. 7.
8) Eber, Ztschr. f. Fleisch- u. Milchhyg. 7. 05.
9) Engl. Tub.-Kommission, ibid. 1. 04.

1) Karlinski, Ztschr. f. Tiermed. 8.
2) Prettner, Ztschr. f. Fleisch- u. Milchhyg. 7. 04.
3) Ostertag ibid. 1. 04.
4) Rabinowitsch, D. m. W. 46.
5) Wassermann, Wiener m. Pr. 43.
6) Schmorl und Geipel, Münch. m. W. 38.
7) Burkhardt, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 4.

angewiesen und deren Ergebnisse sprächen eher für Infektion. — Boeg[1]), der Untersuchungen unter der Bevölkerung der Faroer Inseln angestellt hat, um Gründe für erbliche Übertragung bzw. Disposition herauszufinden, kommt zu der Überzeugung, daß die sämtlichen Fälle von Tuberkulose auf Ansteckung zurückzuführen sind, erbliche Disposition dagegen auszuschließen sei. Auch Fischer[2]) spricht, wie ich schon oben anführte, gelegentlich der Untersuchung über die Tuberkulose in den Schwarzwalddörfern Langenschiltach und Gremmelsbach die Ansicht aus: Eine hereditäre Disposition ist für die Verbreitung der Tuberkulose nicht maßgebend, dagegen ist dies die Infektionsgefahr. — Die Gelegenheiten zur Infektion mit Tuberkulose in und außerhalb der Familie hat Fischer[3]) zusammengestellt. — Ein paar sehr interessante Stammbäume tuberkulöser Familien werden von Schönborn[4]) und von Körner[5]) gebracht. Die beiden Formen könnten als Paradigmata gelten für die verschiedenen Arten tuberkulöser Familien. 1. Die vorher gesunde (oder wenigstens nicht tuberkulöse) Familie wird plötzlich mit Tuberkulose infiziert und stirbt vollständig oder fast vollständig aus: Beispiel von Schönborn. 2. Eine Familie hat bereits in verschiedenen Generationen Tuberkulose gehabt, die Familie wird allmählich wieder vollständig gesund, sozusagen immun: Beispiel von Körner. Daß in beiden Fällen keine Heredität, sondern nur Infektion eine Rolle spielt, darf schon daraus geschlossen werden, daß die Erkrankungen nie über längere Zeiträume zerstreut sind, sondern immer an einander anschließen. Es könnte durch Aufstellung solcher Genealogien grade das Gegenteil von dem erwiesen werden, was Riffel und Martius wünschen, wenn man eben nicht von vornherein jede Infektion ausschließt. Denn wenn man a priori jede Infektion als unmöglich ausschließt, so kann man auch durch Aufstellung von Stammbäumen und Genealogien bezgl. der Masern nachweisen, daß sie die erblichste Krankheit der Welt sind. — Einen Beitrag über hereditäre Immunisierung bringt Effertz[6]) von den tropischen Indianern. Tuberkulose und Pocken verlaufen sehr schwer bei denselben, während septische Erkrankungen auch bei schwersten Verletzungen nie vorkommen und Syphilis sehr milde auftritt, also Krankheiten, die schon viele Generationen durchseucht haben, viel leichter überstanden werden. Andere neu eingeschleppte Krankheiten traten um so heftiger auf.

(Schluß folgt.)

Chirurgie.

Oberarmbruch durch Muskelzug.

Von Dr. K. Schmidt.

(Monatsschr. f. Unfallheilkunde und Invalidenwesen 1905, Nr. 6.)

Diese Brüche sind bei pathologischen Veränderungen des Knochens durch Tumoren oder trophische Störungen leicht möglich; bei gesundem Knochen selten, und nur durch ein großes Mißverhältnis zwischen der Muskelentwicklung und der Festigkeit des Knochens zu erklären. Düms führt in seinem Handbuch der Militärkrankheiten einige Beispiele an. Der vorliegende Fall betraf einen Glasbläser und ereignete sich, als der Mann die acht Pfund schwere eiserne Pfeife wagerecht erhob, an der 30 Pfund Glasmasse hingen. Der Bruch verlief in der Höhe des Deltamuskelansatzes schräg von hinten oben nach vorn unten. Der sehr kräftige Muskel hatte den Teil des Oberarmbeines abgerissen, an welchem er sich breit inseriert, weil das schwer belastete distale Ende des Armes nicht imstande war, dem kräftigen Zuge des Muskel zu folgen. Hypertrophie der linken Armmuskulatur ist bei Glasbläsern die Regel, weil sie mit dem linken Arm die schwere Pfeife halten müssen, während der rechte das Drehen etc. besorgt. Ktg.

Ein Fall von angeborener Supinationsbehinderung der Unterarme.

Von Ober-Stabsarzt Dr. Drenkhahn in Glatz.

(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. Juni 1905.)

Verfasser fand zufällig einen Soldaten, welcher mit den Unterarmen die Supination nur in der halben Breite ausführen konnte. Gewisse Übungen, wie z. B. der Untergriff beim Turnen, waren unmöglich. Kraft, Entwicklung der Muskulatur und Zustand der Gelenke normal. Das Röntgenbild zeigte rechts einen Knochenvorsprung am Radius, der in der Höhe der Tuberositas dornartig nach der Ulna zu verlief; links war die Tuberositas radii sehr stark entwickelt und kam der Ulna sehr nahe. Durch diese Eigentümlichkeit war ein mechanisches Hindernis der Supination bedingt. Ktg.

(Aus der chirurg. Klinik der Charité; Prof. König; Prof. Hildebrand.)

Die volare Luxation des Os lunatum carpi und ihre Behandlung.

Von Assistenzarzt Dr. Hildebrand.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 30.)

Nachdem H. sich nach kurzer Wiedergabe von drei Krankengeschichten eingehend mit dem Entstehungsmechanismus der Verrenkung beschäftigt hat, berichtet er über die in der Charité übliche Behandlungsweise.

Die Therapie einer frischen Luxation muß stets darauf gerichtet sein, eine Reposition herbeizuführen; die Manöver bestehen im Zuge an der Hand, forcierter Dorsalflexion derselben mit Druck auf das verrenkte Mondbein mit nachfolgender Überreflexion. Gelingt die Einrenkung nicht, so muß man sofort zum Messer greifen. Die Nachbehandlung besteht in Fixation der leicht volarflektierten Hand im Gipsverband oder auf der Schedeschen Schiene mit gleichzeitiger Unterstützung der Gegend des Mondbeins durch einen Wattebausch. Für die mit Brüchen anderer Karpalknochen verbundene Verrenkung empfiehlt sich nach möglichster Reposition die Anlegung einer an den Fingern und der Hand angreifenden Extension. Besteht die Verrenkung bereits über 14 Tage, so ist eine unblutige Reposition nicht zu erhoffen. Führt eine mediko-mechanische Behandlung kein günstiges Resultat herbei, so ist blutig einzugreifen. Die Indikation zur Operation ist ferner gegeben, 1. wenn Störungen im Gebiete des Nervus ulnaris oder medianus auftreten und 2. wenn sich als Folge des durch das vorlagernde Mondbein ausgelösten Reizes eine Arthritis deformans entwickelt. Niehues-Berlin.

(Aus dem chir.-poliklin. Institut der Universität Leipzig; Prof. Perthes.)

Über Luxation im Karpometakarpalgelenke des Daumens und über Luxationsfraktur des Daumenkarpus (Bennetsche Fraktur).

Von Assistenzarzt Dr. E. Aulhorn.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, Heft 1 bis 3.)

Die vollständige Luxation im Karpometakarpalgelenk, von denen nur diejenige nach hinten bekannt ist, kann sowohl durch übermäßige Flexion und Adduktion, als auch durch Extension und Abduktion entstehen. Der klinische Befund ist charakteristisch. Die Basis des Metakarpus bildet eine Prominenz über dem

[1]) Boeg, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 49. 2.
[2]) Fischer, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.
[3]) Fischer, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.
[4]) Schönborn, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
[5]) Körner, ibid. II. 5.
[6]) Effertz, Wien. klin. W. 5.

Multangulum maius, mitunter auch noch mehr oberhalb in der Tabatière. Auch in der Handfläche findet sich eine entsprechende Prominenz, welche jedoch durch die kräftige Muskulatur des Daumenballens verdeckt werden kann. Der Metakarpus steht meist adduziert, seltener abduziert; die Opposition ist aufgehoben. Der Daumen ist verkürzt.

Differentialdiagnostisch kommt neben einer unvollständigen Verrenkung nur die Bennetsche Fraktur in Frage. Die Verschiebuug des Metakarpus nach aufwärts ist hierbei jedoch in der Regel nicht so groß, wie bei der Verrenkung; doch kann der Unterschied gering sein. Wichtiger ist schon der Nachweis von Krepitation und umschriebenem Druckschmerz bei den Bruch. Das Röntgenbild sichert die Diagnose.

Die Reposition gelingt meist leicht durch Zug am Daumen, gleichzeitige Abduktion und direkten Druck auf die Basis des Metakarpus. Eine dauernde Reposition wird jedoch nicht immer erreicht, so daß operativ eingegriffen werden muß.

Drei eigene Beobachtungen von Bennetscher Fraktur und eine Beobachtung einer Luxation sind in die Arbeit eingeflochten.

Niehues-Berlin.

Zur Kenntnis der Rißfrakturen der Fingerendglieder.

Von Dr. Rebentisch-Offenbach a. M.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Diese Frakturen entstehen, wenn ein Knochenstückchen mit dem Sehnenansatz der Strecksehne bzw. der tiefen Fingerbeugesehne abreißt. Sie kommen dadurch zustande, daß bei starker aktiver Muskelspannung das Endglied des Fingers plötzlich von einer der Richtung der aktiven Muskelspannung entgegengesetzt wirkenden Gewalt getroffen wird. Das Zerreißen der Strecksehne ist häufiger beobachtet, als das der Beugesehne, das äußerst selten zu sein scheint. Einen Fall dieser Art beschreibt Rebentisch. Ein 42jähriger Arbeiter will eine stark verquollene Klapptür öffnen; sie springt zurück, drückt den Mann zu Boden und seine rechte Hand gegen eine Wand, wobei das Endglied des stark gebeugten Kleinfingers durch die anschlagende Tür plötzlich stark überstreckt wird. Ein Röntgenbild zeigt, wie das Fragment der Endphalanx auf die Streckseite hin verschoben ist.

Lehfeldt.

Zur Kasuistik der Myositis ossificans traumatica.

Von Dr. Georg Müller-Berlin.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Man nimmt vielfach an, daß jede Myositis ossificans von der Knochenhaut ausgehe. Müller bestreitet das an der Hand eines Falles, von dem er das Röntgenbild publiziert. Ein 50jähriger Landwirt erleidet einen Hufschlag gegen den Oberschenkel. An der Stelle der Verletzung entwickelt sich ein längliches Knochenstück, das ohne jeden Zusammenhang mit dem Knochen ist.

Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Die Neurasthenie in Arbeiterkreisen.

Von Dr. P. Leubuscher und W. Bibrowicz, früheren Assistenzärzten des Sanatoriums der Landesversicherungsanstalt zu Beelitz i. d. M.

(Deutsch. med. Wochschr. 1905. Nr. 21. S. 820.)

Die Neurasthenie ist seit drei Jahrzehnten in unbestrittener Zunahme. Sie wird nach Savill durch chronische Dyspepsie infolge Verschlechterung des Gebisses, durch die Zunahme des Genusses alkoholischer Getränke und durch die moderne Arbeitsweise mit ihren Begleitumständen wie Folgen (Beard) verursacht. In Arbeiterkreisen trägt besonders der letztere Umstand die Schuld; das intensivere Studium der Arbeiterkrankheiten hat auch diese Affektion der wissenschaftlichen Erkenntnis näher gerückt. Zuvörderst sind das Hasten und Jagen nach Verdienst und die Art des Schaffens ätiologisch anzuklagen; speziell das System der Überstunden und das Mißverhältnis zwischen den geistigen Bedürfnissen des großstädtischen Arbeiters und dem Wert dessen, was er schafft. Die Neurastheniker machten in dem genannten Sanatorium 1897 18 %; in den letzten Jahren 40 % aller Kranken aus. Der Betrachtung sind 1564 selbst beobachtete Fälle zugrunde gelegt. Zunächst ist der Beruf maßgebend. Es handelt sich um Arbeiter, die ihrer Bildung nach in ihrer Gesellschaftsklasse am höchsten stehen; aber jahraus, jahrein eine rein mechanische, dabei schwere, die Aufmerksamkeit voll erfordernde und doch eintönige Arbeit leisten müssen: Schriftsetzer, Tischler, Schlosser, Mechaniker. Dazu kommt, daß die Erfüllung des Bildungsbedürfnisses meist an der ungenügenden Unterlage, der für ein höheres Verständnis nicht ausreichenden Schulbildung scheitert. Das unterhält Unzufriedenheit — die dann auf sozialistischer Basis neue Nahrung erhält, Ref. — Die spärlichen Erholungsstunden werden ferner nicht der Ruhe gewidmet, sondern neuen Anspannungen des Intellekts in einer ausgebreiteten Vereinstätigkeit, mit der weitere Arbeit, Ärger und Enttäuschung einhergehen. Verschont bleiben Arbeiter, deren Tätigkeit ihnen hin und wieder eine Erholungspause und eine gewisse Freude an dem Fortgange ihres Werkes gestattet, z. B. Maler; andererseits Arbeiter, die kein Bedürfnis verspüren, die Ruhe ihrer freien Zeit durch Fortbildungsbestrebungen zu stören. Das Lebensalter der Kranken schwankte zwischen 16 und mehr als 45 Jahren; 40 % waren 26—35, 31 % 36—45 Jahre alt. Erblichkeit sprach in 21,5 % mit; darunter in 10 % von der Mutter her. Andere Autoren gaben wesentlich höhere Zahlen an, Kraft-Ebing 60 %, Loewenfeld und Ziehen noch mehr. (Hier dürften die Nationalität und Volksgewohnheiten wesentlich mitbestimmend sein.) Dies gilt auch für den Alkoholismus, der nur in 5,7 %, und den Tabakmißbrauch, der in 0,7 % festzustellen war. Bleivergiftung hatte bei 2 % bestanden. Die hieran Erkrankten waren Rohrleger, Akkumulatorenarbeiter und Maler; merkwürdigerweise befand sich kein Schriftsetzer darunter. Die sexuelle Seite trat ursächlich zurück; Onanie wurde von 1,6 % zugegeben. Zudem waren die meisten Erkrankten verheiratet. Dem aus wirtschaftlichen Rücksichten sehr verbreiteten Coitus interruptus wird eine gewisse, nervenstörende Rolle zugeschrieben — doch fehlt dieser Annahme die exakte Unterlage. Chronische Trippererkrankung war in 1 %, Influenza in 4 %, Trauma in 1 %; Früherscheinungen der Arteriosklerose in 2 % ätiologisch zu verwerten.

Das klinische Bild der Arbeiterneurasthenie unterscheidet sich nicht von dem in anderen Gesellschaftsklassen beobachteten. Zerebrale Erscheinungen wogen in 31,6 %, spinale in 9,4 %, gemischte in 48,6 % vor. Die Behandlung erreichte Gutes durch weitgehende Hydrotherapie sowie durch Elektrizität und Massage. Der Hauptfaktor des Erfolges bleibt aber die zeitweilige Entfernung aus dem grauen Einerlei der Beschäftigung und aus oft unerquicklichen Familienverhältnissen; dazu der Genuß eines komfortablen Daseins mit reichlicher Beigabe von Luft und Licht. 60,7 % wurden voll erwerbsfähig hergestellt; nur 2,3 % blieben erwerbsunfähig. Der erzielte Erfolg repräsentiert einen so großen Gewinn an nationaler Arbeit, daß hierin die beste Empfehlung für eine Weiterentwicklung der Anstaltsbehandlung liegt. Die Heilung aber ist auch darum besonders wichtig, weil sie den Erblichkeitseinfluß auf die Nachkommenschaft beschränkt.

Ich bin auf die inhaltreichen Ausführungen der Verfasser näher eingegangen, weil sie weite Bekanntgabe verdienen. Ein recht umfassendes Studium dieser Krankheiten kann nur Gutes stiften und anregend auf die soziale Medizin wirken, für die in der Prophylaxe wie Behandlung auf diesem Gebiet noch große Aufgaben liegen.

Körting.

Zur Kasuistik der Nervenkrankheiten nach elektrischem Trauma.

Von Dr. Raebiger, 2. Arzt am Sanatorium Woltersdorfer Schleuse, früher Oberarzt am Sanatorium Beelitz.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 866.)

Verfasser gibt die Krankengeschichte von vier elektrischen Verletzungen, von denen 3 Telegraphistinnen, 1 einen Kommis betraf, der neben einer elektrischen Leitung arbeitete. Es entwickelten sich allgemeine nervöse Störungen, Kopfschmerz, Schwindelgefühl, Herzklopfen, Zuckungen und Beeinträchtigungen in der sensiblen Sphäre. Grobe Läsionen am Zentralnervensystem fehlten. Die drei Mädchen wurden nicht geheilt, der junge Mann überwand die Folgen vollständig. — Keines der Krankheitsbilder läßt sich in einem der bekannten Schemata unterbringen. Verfasser sieht sie als Mischformen von Hysterie, Neurasthenie und Hypochondrie an, selbst als einfache psychische Störungen. Ktg.

Wie bekämpfen wir die uns durch die Elektrizität bedrohenden Gefahren und Gesundheitsstörungen?

Von Direktor Kleber.

(8° [46 S.] Berlin 1905.)

Über funktionelle nervöse Störungen bei Telephonistinnen nach elektrischen Unfällen?

Von Dr. G. W. Wallbaum-Berlin.

(D. med. Woch. 1905. No. 18.)

Das Thema der „elektrischen Unfälle“ verschwindet besonders seit dem Erscheinen von Jellineks grundlegender „Elektropathologie“ nicht mehr aus der Diskussion. Kleber hat im Anschluß an diese Arbeit und an Eulenburgs Aufsätze den gegenwärtigen Stand der Fragen für Laien in gemeinverständlicher Weise geschickt dargelegt und auch die Frage der Prophylaxe erörtert. Einzelne Zeitungsberichte sind wohl z. T. etwas unkritisch verwertet, aber im ganzen ist die Schrift, die das Interesse an der Frage in weitere Kreise trägt, doch sehr willkommen.

Wallbaum beschreibt fünf Fälle von Unfällen bei Telephonistinnen, die im Dienst elektrische Schläge erhalten hatten. Bei allen traten schwerere nervöse Störungen auf, die er in das Gebiet der Hysterie rechnet; immerhin meint er, daß die von Jellinek gefundenen mikroskopischen Veränderungen im Zentralnervensystem „nach den klinischen Erscheinungen beinahe ein Postulat“ waren. Er hat Ohnmachten, neuralgiforme und krampfartige Schmerzen, Schwellungen der Extremitäten an der betroffenen Körperhälfte, leichte Lähmungen, Blutausstöße, leichte Erschöpfbarkeit der Gehirntätigkeit beobachtet. Ferner fand er stets Störungen der Herztätigkeit. Die Prognose ist in bezug auf Wiederherstellung schlecht zu stellen, insofern es ausgeschlossen erscheint, daß die Patientinnen wieder dienstfähig werden. Besserungen lassen sich freilich mit den üblichen antineurasthenischen Behandlungsmethoden in der Regel erzielen. Lehfeldt.

Heilmagnetismus.

Von Albert Moll.

(Hygienische Blätter 1905. Nr. 5.)

Die Heilmagnetiseure verstehen unter Heilmagnetismus eine ihnen innewohnende Kraft, die es ihnen möglich mache, die verschiedensten Krankheiten zu heilen. Diesen tierischen Magnetismus unterscheiden seine Anhänger von dem mineralischen; während die einen behaupten, jeder Mensch besäße eine derartige Kraft, meinen die anderen, daß er nur bestimmten Personen innewohne. Verfasser meint, daß die Heilung von Krankheiten, welche die Magnetiseure als Hauptbeweis für die Heilkraft ihres Magnetismus ins Feld führen, auch anderweitig zu erklären sei. Zweierlei kann hier eine Rolle spielen: einmal das Zusammenfallen einer spontanen Besserung, wie wir sie häufig im Verlauf sowohl organischer wie funktioneller Krankheiten beobachten können, mit der magnetischen Behandlung; und zweitens die durch suggestive Wirkung erklärlichen Erfolge, die bei funktionellen Leiden zur Heilung, bei organischen unter Umständen zu erheblicher Besserung führen können. Verfasser kennt keinen Fall, bei dem die Suggestion in der nötigen Ausdehnung ausgeschlossen war. Die Versuche Harnacks, welche von den Magnetiseuren zu ihren Gunsten gedeutet werden, beweisen für den tierischen Magnetismus und seine Heilkraft nichts, da es sich hierbei um Reibung einer Glasplatte handelt, die in ganz ähnlicher Weise wie der mineralische Magnetismus, dessen heilende Wirkung mit Recht bezweifelt bzw. in Abrede gestellt wird, Ablenkung der Magnetnadel hervorruft. — Als weitere Fehlerquelle bezeichnet Verfasser zufällige Vorkommnisse, wie die Genesung eines magnetisierten Kindes oder Tieres.

Moll bestreitet, daß die wissenschaftliche Medizin den tierischen Magnetismus ohne Prüfung abgelehnt habe, und führt eine Reihe von Ärzten an, die sich mit ihm beschäftigt haben. Die Behauptung der Magnetiseure, daß ihre Kraft auch ohne Suggestion wirksam sei, weist Verfasser zurück, da er bei verschiedenen Versuchen, die Magnetiseure in seiner Gegenwart angestellt haben, keinen einzigen Erfolg unter Ausschluß der Suggestion gesehen hat. Zum Schluß erklärt sich Verfasser zu ferneren Versuchen bereit und fordert die Magnetiseure auf, ihm Gelegenheit zu weiterer Prüfung ihrer Methode zu geben. Bu.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Sitzung des Vereins der Bahnärzte der Direktionen Königsberg, Danzig und Bromberg in Oberschreiberhau, Hotel Lindenhof, am 28.—29. Juni 1905.

Vorsitzender: Geh. San.-Rat Dr. Winkelmann-Thorn.

Anwesend 60 Mitglieder, als Gäste: Oberstabsarzt Dr. Muttray, Chefarzt der Lungenheilstätte Moltkefels, von der Verwaltung die Herren Reg.-Assess. Scholz-Danzig, Reg.-Assess. Wingiord-Königsberg i. Pr., Geh. Reg.-Rat Landschütz-Bromberg, Rechnungsrat Voelzke-Bromberg als Protokollführer.

Der Vorsitzende eröffnet die Sitzung um 10 Uhr, begrüßt die Versammlung, Herrn Dr. Muttray als Gast und die Herren Vertreter der Direktionen. Er teilt mit, daß eine längere Gültigkeitsdauer der Freikarten als 2 Tage vor und nach der Versammlung nach einer Ministerialverfügung nicht zulässig gewesen sei, er bittet zu vermeiden, daß auch nur der Anschein erweckt würde, als ob die Freischeine zu etwas anderem als zum Besuche der Vereinsversammlungen benutzt werden sollten; er bittet für die Zukunft, daß auch aus dem Kreise der Vereinsmitglieder Anmeldungen geeigneter Vorträge stattfinden, da sonst die Sommerversammlungen unter Umständen nicht stattfinden würden. Diesmal sei sie nur durch das Einspringen der Vorstandsmitglieder ermöglicht. Er widmet den verstorbenen Mitgliedern Dr. Stremlau-Köslin und Dr. Biedermann-Praust einen Nachruf und bittet die Versammlung, das Andenken der Verstorbenen durch Erheben von den Sitzen zu ehren. (Geschieht.) Zur Mitwirkung bei der Feststellung der Verhandlungsschrift werden die Herren Dr. Goerl-Bromberg und Dr. Vollradt-Rügenwalde bestimmt. Die Berichterstattung über die Ausschußsitzung des Verbandes deutscher Bahnärzte auf der Wartburg 14. Mai 1905 wird wegen Erkrankung des Berichterstatters Dr. Davidsohn-Schneidemühl bis zur nächsten Sitzung verschoben bis auf die Stellungnahme betr. Gründung eines eigenen Verbandsblattes, weil hierüber dem Verbandsvorstande bis 1. September zu berichten sei. Es liegen hierzu 3 Vorschläge vor:

1. vom Verleger der Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung, Herrn Schoetz,
2. von Herrn Becker-Wien, Herausgeber der Zeitschrift für Eisenbahn-Hygiene,
3. von Herrn Chefarzt Dr. Roepke-Melsungen, Gründung eines besonderen Verbandsblattes.

Die Versammlung stimmt debattelos dem Vorschlage des Herrn Dr. Roepke zu und bestimmt gleichzeitig, daß der Abonnementsbetrag gleichzeitig mit den Vereinsbeiträgen erhoben werden soll auf Antrag von Med.-Rat Dr. Büttner-Stargard i. P.

Sodann hält Herr San.-Rat Dr. Augstein-Bromberg seinen Vortrag über die Ergebnisse des Heilverfahrens der Pensionskasse für die Arbeiter der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft. Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Augstein-Bromberg: „Wir haben ausnahmsweise den Ort für unsere Versammlung diesmal nach Schreiberhau verlegt, damit Sie sich persönlich von der großartigen und mustergültigen Einrichtung der mit so großen Kosten von der Pensionskasse errichteten neuen Lungenheilstätte Moltkefels überzeugen. Wir hoffen, daß dadurch das Interesse an der Überweisung von Kranken wachsen wird, und es scheint im ganzen notwendig, daß das Interesse für Behandlung in der Lungenheilstätte wie überhaupt zu Heilstätten und Bädern für geeignete Fälle geweckt wird, damit die segensreichen Einrichtungen der Pensionskasse in einem höheren Grade den Kranken zugute kommen. Wir können wohl feststellen, daß namentlich seit der Errichtung der Lungenheilstätten Moltkefels und Stadtwald die Kranken sehr gerne dorthin gehen, weil die vorzüglichen Einrichtungen von den Heimkehrenden anderen mitgeteilt werden, so daß kaum noch ein Fall wie früher vorkommt, daß es besonderer eindringlicher Überredung von seiten des Arztes zur Aufnahme bedarf. So sind z. B. von der Werkstätten-Inspektion Bromberg zurzeit 10 % aller Arbeiter in der Lungenheilstätte gewesen bzw. sie befinden sich noch dort. Dies dürfte nur für den ersten Anblick viel erscheinen, da es im Hinblick auf die große Verbreitung der Tuberkulose keineswegs viel ist, der wirkliche Grund ist darin zu suchen, daß sich die Arbeiter im Vertrauen auf die Kur in den Heilstätten frühzeitig melden und dadurch die Möglichkeit andauernder Heilung gegeben ist. — Auch scheint es noch viel zu wenig bekannt zu sein, daß in schweren Fällen von Rheumatismus, Nervenkrankheiten, Herz-, Magen- und Darmkrankheiten das Heilverfahren in geeigneten Bädern übernommen wird, z. B. in Oeynhausen, Polzin, Kleinen, Zoppot, Nauheim, Kissingen, Neuenahr. Es kann also in schweren Fällen dem Arbeiter, wenn medikamentöse Behandlung nicht ausreicht, eine Wohltat erwiesen werden, wie sie sonst nur ein Begüterter sich verschaffen kann; auch ist nicht zu unterschätzen, wie viel angenehmer und befriedigender die ärztliche Tätigkeit sich hierdurch gestaltet, als wenn man allein auf die Apotheke in ärmlichen Verhältnissen ohne Unterstützung guter Ernährung, zweckmäßiger Diät, guter Luft etc. angewiesen ist.

Da die Ergebnisse des Heilverfahrens der Pensionskasse sich in Ihren Händen befinden, möchte ich diese vor allem einer eingehenden Durchsicht empfehlen und nur erwähnen, daß jährlich eine immer steigende Zahl der Fälle sich ergibt. So sind im Jahre 1904 1330 Anträge für Übernahme des Heilverfahrens gestellt, im Jahre 1901 nur 924. — Im Jahre 1904 sind 716 Lungenkranke und 402 andere Kranke behandelt worden, im Jahre 1901 nur 532 bzw. 256. — Um zu zeigen, um welch enorme Summen es sich handelt, will ich nur erwähnen, daß im Jahre 1904 für andere Erkrankungen allein 89 828,00 Mark gezahlt worden sind und daß allein für Zahnersatz 3393,55 Mark verausgabt sind.

Im besondern möchte ich noch erwähnen, daß einzelne Einrichtungen für die Wohlfahrt der Kranken recht unbekannt scheinen. So ist recht wichtig zu wissen, daß für Rekonvaleszenten aus den Heilstätten auf ärztlichen Antrag zur Schonung viele Wochen nur sechsstündige Arbeitszeit bei vollem Tagelohn eintreten kann. Ebenso, daß auch bei nicht Unfallverletzten mediko-mechanische Behandlung übernommen wird, daß auch Überweisung in Augenheilanstalten auf Kosten der Pensionskasse eintreten kann. Recht wenig Gebrauch gemacht ist auch von den Rekonvaleszentenstellen, die einen viel größeren Zuspruch haben müßten. — Endlich kann ich nicht umhin, es als auffallend zu bezeichnen, daß bei der enormen Fülle von vorzüglichen Heilstätten und Bädern, die Sie in den „Ergebnissen“ verzeichnet finden, auch zwei sog. Naturheilanstalten aufgeführt sind. Ich glaube, daß Sie alle der Meinung sind, daß wir bei der augenblicklichen Lage der Dinge keine Veranlassung haben, Kranke auf Kosten der Pensionskasse in Naturheilanstalten zu schicken.

Im Anschluß hieran bemerkt Herr Dr. Briese-Schneidemühl, es sei neu, daß die Pensionskasse für Zahnersatz eintrete; er wünscht, daß auch die Betriebskrankenkasse mehr als bisher für zahnärztliche Behandlung ihrer Mitglieder, insbesondere für Plombieren sorge. Der Vertreter der Direktion Bromberg weist nach, daß die Kassen dazu nicht in der Lage seien. Herr Sanitätsrat Dr. Augstein schließt sich dem an und hält es für richtiger, wenn für die Frauen von Kassenmitgliedern spezialärztliche Behandlung eingeführt würde. Der Herr Vertreter der Direktion Danzig wünscht, daß der Frage nähergetreten wird, ob und inwieweit für solche Kranke Zahnersatz seitens der Betriebskrankenkasse zu beschaffen sei, welche seitens der Pensionskasse den Heilstätten überwiesen wären; für alle Zahnkranken könnten die Betriebskassen unmöglich sorgen.

Herr Dr. Briese wünscht den Zahnersatz auch auf solche Kranken ausgedehnt zu sehen, welche in andere als Lungenheilstätten aufgenommen werden, und stellt folgenden Antrag:

Der Vorstand der Arbeiterpensionskasse wird ersucht, ebenso wie bei Lungenkranken auch bei magen- und darmkranken Kassenmitgliedern, welche zur Heilung ihres Leidens ein Bad oder eine Heilanstalt aufsuchen sollen, vor Beginn der Kur, wenn erforderlich, das Gebiß auf Kosten der Arbeiterpensionskasse in einen gebrauchsfähigen Zustand setzen zu lassen.

Der Antrag wird angenommen.

Herr Sanitätsrat Dr. Löwenthal-Königsberg hält den angekündigten Vortrag über Unfallneurose, sog. traumatische Neurose. Wie ist die Eisenbahnverwaltung gegen ungerechtfertigte Entschädigungsforderungen, welche auf Grund von Unfallneurosen, sog. traumatischen Neurosen, erhoben werden, zu schützen? (Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift besonders abgedruckt.)

Der Vorsitzende dankt dem Vortragenden für den überaus interessanten Vortrag.

Wegen Erkrankung des Herrn Dr. Davidsohn wird auch dessen Vortrag über Krankenkontrolle und andere Maßregeln zur Herabminderung der Ausgaben an Krankengeldern der Betriebs-Verbandskrankenkassen auf die nächste Sitzung verschoben.

7. Ist Altersschwäche eine Krankheit? (Gemeinsamer Erlaß der Herren Minister der geistlichen. Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 8. Dezember 1904.)

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Loewenthal-Königsberg i. Pr.

Der Herr Berichterstatter verliest ein von dem zuständigen Kreisarzte an ihn ergangenes Schreiben, welchem ein im Einverständnis mit den Herren Ministern der geistlichen etc. Angelegenheiten und des Innern aufgestelltes Verzeichnis beigefügt ist, in welchem Altersschwäche als Krankheit aufgeführt ist.

Bekanntlich sei in dem Sinne des Krankenversicherungsgesetzes Altersschwäche als Krankheit nicht anzusehen; das sei

eine Härte gegen alte, erwerbsunfähige Kassenmitglieder, weshalb die Kassenärzte sich meistens veranlaßt sähen, irgendein Altersleiden als Krankheit anzugeben, um dem Kassenmitgliede das Krankengeld zu verschaffen. Hierdurch aber würden die Kassenärzte zu einer Täuschung veranlaßt, die vermieden werden müßte; denn wenn — wie in dem fraglichen Krankheitsverzeichnis geschehen — von zwei Ministern die Altersschwäche als Krankheit bezeichnet wird, dann müßte sie auch im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes als Krankheit betrachtet werden.

Der Vertreter der Eisenbahndirektion Bromberg weist darauf hin, daß das erwähnte Verzeichnis lediglich als Grundlage für statistische Aufstellungen zu dienen habe. Wie von dem Berichterstatter bereits zutreffend hervorgehoben worden, sei Altersschwäche als eine den Anspruch von Krankengeld begründende Krankheit nicht zu betrachten. Krankmeldungen an Altersschwäche müßten daher immer zurückgewiesen werden.

Herr Medizinalrat Dr. Bütow-Stargard i. P. kann als Kreisarzt bestätigen, daß das fragliche Verzeichnis sich lediglich auf statistische Zwecke beziehe. Im übrigen sei bei bestehender Altersschwäche nicht immer ein Krankheitszustand nachweisbar.

Herr Sanitätsrat Dr. Augstein meint, daß der Arzt bei Altersschwäche wegen Bezeichnung der Krankheit wohl niemals in Verlegenheit kommen könne, weil als Krankheiten zu bezeichnende Alterserscheinungen, wie Arterienverkalkungen und dergleichen, nebenher wohl immer beständen.

Ein Antrag ist nicht gestellt, ein Beschluß wird deshalb nicht gefaßt.

8. Alkoholverbot für Strecken- und andere Eisenbahnarbeiter.

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Loewenthal-Königsberg i. Pr.

Der Bericht ist als Anlage angefügt.

Der Vertreter der Eisenbahndirektion Bromberg verliest den Inhalt der Verfügung vom 30. Dezember 1903, den die Eisenbahndirektion Bromberg aus Anlaß des Vortrages des Dr. Pieck in der Versammlung vom 23./24. Oktober 1903 an die Inspektionsvorstände erlassen habe. Im genannten Direktionsbezirke seien seither besondere Klagen über Trunkfälligkeit nicht laut geworden.

Herr Dr. Below-Mrotschen meint, es würde von guter Wirkung sein, wenn derartige Verfügungen öfters in Erinnerung gebracht würden, damit die Bediensteten erführen, daß sie ständig beobachtet würden.

Von anderer Seite wird hervorgehoben, daß die Anordnung, den auf der Fahrt befindlichen Bediensteten auf den Stationen alkoholfreie Getränke zur Verfügung zu stellen, nicht in ausreichendem Maße zur Ausführung gelange. Den Bahnhofswirten sei es meistens zu unbequem, für die Zugbediensteten während der überwiegend nur kurzen Aufenthaltszeiten warme Getränke zu bereiten, weshalb die ersteren vorzugsweise auf den Schnapsgenuß angewiesen wären.

Der Herr Vorsitzende sieht die Sache als genügend geklärt an; da ein Antrag nicht gestellt ist, unterbleibt die Beschlußfassung.

9. Obliegenheiten der Schirrmänner. (Aufstellung der ärztlichen Atteste bei Annahme der Anwärter zu diesen Dienststellen.)

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Loewenthal-Königsberg i. P.

Als Schirrmann bezeichnet man im Osten einen Stellmacher, Rademacher oder dergleichen, also einen Handwerker, welcher mit der Eisenbahnverwaltung nicht im Zusammenhange stehe. Der Berichterstatter meint, daß es den Herren Kollegen wohl ebenso gehen würde, wie ihm anfangs, daß er ein Gutachten über die körperlichen Fähigkeiten eines Stellmachers abgeben solle, während die Schirrmänner als Rangiermeister Dienste zu verrichten haben und daher körperlich gewandt und rüstig sein müßten.

Der Herr Berichterstatter habe aus diesem Grunde Veranlassung genommen, zur Vermeidung von Mißverständnissen über die Berufstätigkeit der Schirrmänner Auskunft zu geben.

Sodann wurde die Lungenheilstätte Moltkefels besichtigt, nachdem Herr Chefarzt Dr. Muttray einen Vortrag „über Lungenheilstätten“ gehalten hatte. (Der Vortrag ist in dieser Zeitschrift besonders abgedruckt.)

Die nächste Versammlung soll auf Beschluß der Versammlung Ende November in Berlin stattfinden.

Schluß der Sitzung.

Anlage.

Alkoholverbot für Strecken- und andere Eisenbahnarbeiter.

Berichterstatter: Sanitätsrat Dr. Loewenthal-Königsberg i. Pr.

Die Frage, ob es angängig, zulässig, ratsam und möglich sei, den Alkoholgenuß während des Dienstes ganz zu verbieten, ist entschieden zu bejahen, gleichviel ob sie vom Standpunkt des Theoretikers oder Nahrungsphysiologen, des praktischen Arztes oder der Behörde aus gestellt wird. Die Erfahrung anderer Länder, namentlich aber der Polarexpeditionen, hat gelehrt, daß auch ohne Alkohol die größten Strapazen bei jeder Temperatur ertragen werden können, daß auch ohne Alkohol die dem Körper nötige Spannkraft und Energie geschaffen und erhalten werden kann. Auf dem fünften Verbandstage Deutscher Bahnärzte in München im September 1902 ist ein ausführlicher Vortrag über „Alkoholmißbrauch bei dem niederen Eisenbahnpersonal und dessen Verhütung“ gehalten (cf. Bericht, pag. 53 ff.); in der Ausschußsitzung zu Frankfurt a. M. am 28. 2. 1903 einstimmig beschlossen, bei allen Direktionen Umfrage zu halten, welche Maßnahmen dazu getroffen seien; auf der Bahnarztversammlung der Direktionsbezirke Königsberg, Danzig und Bromberg von Dr. Pieck-Tilsit eingehend darüber gesprochen und in der Ausschußsitzung deutscher Bahnärzte in Leipzig am 16. 1. 1904 von Dr. Schwechten-Berlin mitgeteilt, welche Maßnahmen gegen den Alkoholmißbrauch vom Ministerium der öffentlichen Arbeiten für die preußisch-hessische Eisenbahngemeinschaft getroffen sind (cf. Nr. 4 der Ärztlichen Sachverständigen-Zeitung vom 15. 2. 04, pag. 71, 72). Namentlich in dem zuerst erwähnten Vortrage (von Dr. Raab-Nürnberg) ist die Frage erschöpfend behandelt. — Wie weit ein Verbot des Alkoholgenusses während des Dienstes auszudehnen sein wird, dafür findet sich ein Fingerzeig in der Erwägung, daß häufig ein Übergang von dem einen zum andern Dienstzweige eintritt. Der Streckenarbeiter muß als Hilfsbremser, Hilfsweichensteller, Hilfsbahnwärter usw. eintreten, und zwar gerade häufig in Zeiten gesteigerten Verkehrs oder durch Witterung, Schneeverwehung etc. erschwerten Dienstes, — derselbe Mann, der morgens mit der gefüllten Schnapsflasche von Hause fortging, um auf der Strecke zu arbeiten, plötzlich, wenn Bedarf eintritt, einen verantwortlichen Posten übernehmen. Schon aus diesem Grunde empfiehlt sich, das Verbot soweit wie möglich, nämlich über die im Betriebsdienst tätigen Bediensteten hinaus, auf die Streckenarbeiter auszudehnen. In Betracht zu ziehen ist hierbei, daß die bei weitem größte Zahl der häufigen Unfälle beim Schienen- und Schwellenauswechseln, Transport von Betriebsmaterial auf Lowrys und Bahnmeisterwagen, beim Rangieren etc. die Leute in einem Zustande betrifft, den man nicht Trunkenheit nennen kann, der sie aber infolge genossenen Alkohols weniger flink und vorsichtig, mit einem Wort weniger leistungsfähig als sonst erscheinen läßt. Wieviel Arbeitstage durch diese kleinen Unfälle verloren gehen, wieviel Krankengeld sie kosten, welches Elend

überhaupt der Alkoholgenuß in den Familien unserer Bahnunterhaltungsarbeiter schafft, darüber kann am besten der Bahn- resp. der Bahnkassenarzt Auskunft geben. — Wenn der Kampf gegen den Alkohol der Verwaltung Kosten macht, hier werden sie sich wieder einbringen. Außer kohlensauren Getränken im Sommer (die Eisenbahnwerkstätten in Königsberg und Ponarth stellen jetzt schon die Flasche für 2—3 Pfennige her), Kaffee und Tee im Winter, sind — namentlich im Winter — die Maggipräparate zu empfehlen.

Das Zugpersonal vor allem sollte mit diesen zu Versuchen angeleitet werden, aber auch die Arbeiter würden an den Erbsen- und Reissuppen bald Gefallen finden, von denen zwei gute Teller 10 Pf. kosten. — Auf dem letzten Bahnärztetage in Metz im August 1904 hat Hofrat Dr. Stich über dieses Präparat einen Vortrag gehalten, die Maggigesellschaft in Berlin W. 67 gibt Gratisproben ab. Auch Mate oder Paraguai-Tee ist als erfrischendes billiges Getränk sowohl für Winter wie für Sommer zu empfehlen.

Gerichtliche Entscheidungen.

Zur Auslegung des § 23 des Gew.-Unfall-Versich.-Gesetzes. Versagung der Rente, wenn der Verletzte durch Unterbrechung des Heilverfahrens seine Erwerbsfähigkeit ungünstig beeinflußt hat.

In einer Klagesache der Hinterbliebenen des Arbeiters K. hat sich das Reichsversicherungsamt in einer Entscheidung vom 9. Mai 1904 über die Folgen der durch den Verletzten verschuldeten Unterbrechung einer Krankenhausbehandlung ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund wie folgt ausgesprochen:

Der Erblasser der Kläger ist auf Grund des § 22 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes von der Beklagten in ihre Heilanstalt Wilhelmshagen eingewiesen und dort am 29. Mai 1903 aufgenommen worden. Er hat aber schon am 31. Mai 1903 vor Beendigung des Heilverfahrens die Heilanstalt verlassen. Die Beklagte hat daraufhin eine Unfallrente für den Verletzten in der Zeit von seinem Weggange aus der Anstalt bis zu seinem am 15. Juni 1903 durch Blitzschlag eingetretenen Tode versagt. Der Anspruch der Kläger auf Gewährung einer Rente für diese Zeit konnte nicht für begründet erachtet werden, da auch nach der Überzeugung des Rekursgerichts die Voraussetzungen des § 23, Absatz 2 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes gegeben sind, und deshalb die Beklagte zur Versagung jeder Entschädigung für diese Zeit berechtigt ist. Zunächst kann es keinem Zweifel unterliegen, daß sich der Verstorbene der von der Beklagten angeordneten Krankenhausbehandlung ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen hat. Wenn die Kläger behaupten, es sei ihm in der Heilanstalt Wilhelmshagen gesagt worden, er könne nach Hause gehen, so kann dies höchstens insoweit zutreffend sein, als er schließlich auf sein Drängen entlassen worden ist. Denn wie von der Leitung der Heilanstalt Wilhelmshagen ausdrücklich bekundet worden ist, hat der Erblasser der Kläger seine Entlassung aus der Anstalt mit der Begründung gefordert, daß er zur Arbeit zurückkehren wolle, und da er in dem von den Anstaltsärzten erstatteten Gutachten vom 31. Mai 1903 durch eigenhändige Unterschrift anerkannt hat, daß er die Anstalt „gegen ärztlichen Rat verlasse“, so muß als erwiesen angesehen werden, daß jedenfalls von keinem der Anstaltsärzte — und nur diese können hierfür als maßgebend gelten — die Entlassung des Klägers ausgegangen oder gutgeheißen, sondern daß sie nur auf sein Verlangen schließlich von ihnen bzw. von der Leitung der Anstalt, wie nicht anders möglich war, zugegeben worden ist. Zu diesem Verlangen berechtigte jedoch den Verletzten der von ihm dafür angegebene Grund nicht, zumal er sich erst seit drei Tagen in der Anstalt befand, und für seine Angehörigen während der Dauer seines Krankenhausaufenthalts die beklagte Berufsgenossenschaft sorgen mußte. Ein sonstiger ausreichender Grund dafür ist aber nicht ersichtlich. Insbesondere hat der Verstorbene selbst weder in seinem an die Beklagte gerichteten, seine Äußerung auf den Vorbescheid enthaltenden Schreiben vom 14. Juni 1903 noch sonst etwas vorgebracht, was die Vereitelung des Heilverfahrens durch ihn rechtfertigen könnte. Durch das erwähnte Gutachten (der Anstaltsärzte) ist nun ferner hinreichend dargetan, daß durch eine vierwöchentliche Anstaltsbehandlung die damals die Erwerbsfähigkeit des Verletzten behindernden Unfallfolgen wahrscheinlich beseitigt worden wären, und daß mithin seine Erwerbsfähigkeit, welche bei dem Verlassen des Krankenhauses noch um 20% beschränkt war, durch dieses sein Verhalten ungünstig beeinflußt worden ist. Da endlich der Erblasser der Kläger bei der Einweisung in die Anstalt ausdrücklich darauf hingewiesen worden ist, daß ihm unter den im § 23, Absatz 2 a. a. O. angegebenen Voraussetzungen der Schadenersatz auf Zeit ganz oder teilweise versagt werden könne, so war die Beklagte nunmehr befugt, diese Folge eintreten zu lassen. Der Zeitraum, auf den die Rentenversagung erfolgen dürfte, war im vorliegenden Falle durch den am 15. Juni 1903 eingetretenen Tod des Verletzten in einer Weise begrenzt, die ihn keinesfalls unangemessen lang erscheinen läßt. Bei der Geringfügigkeit der Rente, die nach dem Maße der in jener Zeit noch vorhandenen Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Verstorbenen ihm überhaupt nur gebührt hätte und mit Rücksicht auf die völlige Grundlosigkeit seines Verhaltens konnte es auch nicht gemißbilligt werden, daß die Beklagte für die nur in Frage kommenden 15 Tage gar keine Entschädigung gewährt hat.

Tagesgeschichte.

Die Cholera.

In den nordöstlichen Provinzen des Reiches zeigt sich, wenn auch nicht als verheerende Seuche, so doch in bedenklicher Häufigkeit seit den letzten Wochen die Cholera. Bis zum Redaktionsschluß dieser Nummer waren im ganzen 161 Erkrankungen mit 58 Todesfällen gemeldet. Etliche Fälle sind auch in Hamburg aufgetreten. Die Bekämpfung der Seuche erfolgt nach denjenigen Grundsätzen, die im Reichsseuchengesetz festgelegt sind, und namentlich wird das Prinzip vollster Offenheit dem Publikum gegenüber, wie es sich schon früher segensreich erwiesen hat, streng durchgeführt. In Berlin, wo bisher noch kein Cholerafall vorgekommen ist, werden gleichwohl die umfassendsten Vorkehrungen gegen das Eindringen der Seuche getroffen, namentlich sind die Ärzte in dankenswerter Weise durch Übersendung der „Ratschläge an praktische Ärzte wegen Mitwirkung an den Maßnahmen gegen die Verbreitung der Cholera“ auf ihre Mitwirkung bei der Abwehr der Seuchengefahr vorbereitet worden. Mit besonderer Sorgfalt wird die Stromüberwachung im Weichsel- und Odergebiet geregelt.

Andererseits wird jede unnötige Beunruhigung des Publikums vermieden, namentlich ist bisher in den von der Seuche noch nicht betroffenen Landesteilen keine allgemeine Anzeigepflicht für Brechdurchfall bei Erwachsenen angeordnet, und wo außerhalb des Seuchengebiets verdächtige Magen-Darmkatarrhe gemeldet worden sind, ist die Harmlosigkeit dieser Erkrankungen so prompt festgestellt worden, daß nicht erst weitere Kreise dadurch beunruhigt werden konnten.

Bei einer Sitzung des Reichsgesundheitsrats am 9. d. M. sprach der Berichterstatter Geheimrat Gaffky die zuversichtliche Hoffnung aus, daß es gelungen sei, die Seuche im Entstehen vollständig durch Einschränkungsmaßregeln zu umfassen und den Ausbruch einer eigentlichen Epidemie zu verhüten.

Unfallversicherung in den Vereinigten Staaten von Amerika.

Bevor in Deutschland die reichsgesetzliche Unfallversicherung in Kraft trat, bestand bekanntlich, abgesehen von den Bestimmungen des Haftpflichtgesetzes, bei Unfällen nur dann ein Anspruch des Arbeiters oder der Hinterbliebenen auf Gewährung von Entschädigung, wenn dieser Anspruch auf zivilrechtliche Bestimmungen begründet werden konnte. Dies war im allgemeinen nur dann der Fall, wenn ein Verschulden des Unternehmers, sei es bei eigenen Anordnungen, sei es bei der Wahl seiner Angestellten, vorlag. Das Verschulden eines Arbeitskollegen gewährte wohl einen praktisch wertlosen Anspruch gegen diesen, aber nicht einen Anspruch gegen den Unternehmer, und wenn ein eigenes Verschulden des verletzten Arbeiters (Unvorsichtigkeit) vorlag, fiel der Anspruch überhaupt fort. Das Unfallversicherungsgesetz gewährt jetzt bei jedem Betriebsunfall volle Entschädigung, und zwar sowohl dann, wenn den Unternehmer keine Schuld trifft, als auch dann, wenn der verletzte Arbeiter selbst den Unfall durch eigenes Verschulden, auch durch grobe Fahrlässigkeit, herbeigeführt hat. Nur wenn die Verletzung absichtlich herbeigeführt war, fällt der Anspruch fort.

In den Vereinigten Staaten von Amerika besteht nun genau der Zustand, der vor dem Erlaß des Unfallversicherungsgesetzes in Deutschland bestand, d. h. der verletzte Arbeiter kann nur dann von dem Unternehmer Entschädigung fordern, wenn er ihm ein Verschulden nachweist. Tatsächlich ist dieser Nachweis nur in Ausnahmefällen möglich und muß dann gewöhnlich durch ein kostspieliges Prozeßverfahren verfolgt werden. Im allgemeinen bleibt also der verletzte Arbeiter ohne Entschädigung, es sei denn, daß er sich selbst freiwillig versichert hat oder daß der Unternehmer es für ihn tut.

Der Staat Maryland hat nun vor drei Jahren den ersten schüchternen Schritt auf dem Wege der Zwangsversicherung gemacht. Allein der Versuch mußte nach kurzer Dauer (Juli 1902 bis April 1904) aufgegeben werden, weil der höchste Gerichtshof des Staates in Baltimore das Gesetz für verfassungswidrig erklärte. Das neueste Bulletin des Arbeitsamtes in Washington enthält einige nähere Angaben über die Bestimmungen und die Wirksamkeit des Gesetzes, die von allgemeinem Interesse sind.

Danach beschränkte sich, wie wir der „Sozialkorrespondenz“ entnehmen, das Gesetz auf Bergwerke, Steinbrüche, Eisen- und Straßenbahnen und kommunale Hoch- und Tiefbauten. In diesen Betrieben sollte der Unternehmer für alle Unfälle der Arbeiter haftpflichtig sein, wenn der Unfall durch Nachlässigkeit eines Arbeitskollegen veranlaßt war, und der Anspruch sollte auch durch die eigene Schuld des Verletzten nicht ausgeschlossen werden. Von diesen Verpflichtungen konnte sich aber jeder Unternehmer befreien, indem er monatliche Zahlungen in eine staatliche Versicherungskasse leistete. Der Beitrag betrug jährlich 3 Doll. für jeden Angestellten bei der Eisenbahn, 1,80 Doll. für jeden Bergwerksarbeiter und 60 Cents für jeden Straßenbahnarbeiter. Die Hälfte des Betrages konnte den Arbeitern am Lohne gekürzt werden. Von den Bestimmungen des Gesetzes waren auch diejenigen Unternehmer befreit, die den Nachweis führten, daß sie selbst noch günstigere Entschädigungsbedingungen für ihre Arbeiter geschaffen hätten. Die einzige Leistung der Kasse war die, daß den Erben jedes bei einem Betriebsunfall getöteten Arbeiters eine einmalige Summe von 1000 Doll. ausgezahlt wurde. Bei sonstigen Unfällen wurde keinerlei Entschädigung gewährt. Im Vergleich mit der deutschen staatlichen Unfallversicherung waren also die Leistungen der Kasse ganz geringfügig. Es ist bezeichnend, daß auch dieser geringe Fortschritt wieder rückgängig gemacht werden mußte. Für den Staat Maryland steht es nunmehr fest, daß eine staatliche Versicherungsgesetzgebung unmöglich ist. Nur durch ein allgemeines Gesetz der Vereinigten Staaten könnte Abhilfe geschaffen werden. Das ist aber für absehbare Zeit ausgeschlossen.

Der erwähnten Kasse sind während ihres Bestehens im ganzen 9 Gesellschaften beigetreten, die zusammen etwas mehr als 5300 Doll. einzahlten. Es traten 5 tödliche Unfälle ein, für die 5000 Doll. zu zahlen waren, die Verwaltungskosten betrugen 300 Doll., so daß die Kasse bei ihrer Auflösung keine nennenswerten Bestände aufwies. Nach Angabe der Geschäftsführer hätten die Erben der Getöteten nur in einem Falle begründete Aussicht gehabt, sich auf Grund des Zivilrechts eine Entschädigung zu erstreiten, in den übrigen Fällen wären sie voraussichtlich leer ausgegangen. (Kompaß.)

Förderung der Gewerbehygiene.

Zur Förderung der Gewerbehygiene hat der Regierungspräsident in Potsdam an die Landräte und Magistrate seines Bezirks folgende Verfügung über die Einsendung von Krankengeschichten bei Gewerbekrankheiten erlassen:

„Alljährlich wird in den allgemeinen und Spezialkrankenanstalten eine größere, mit der Zunahme der Industrie stetig wachsende Zahl von Erkrankungen behandelt, die zur gewerblichen Tätigkeit in ursächlicher Beziehung stehen, sei es, daß es sich um Berufskrankheiten im engeren Sinne handelt — Vergiftungen durch Gase und Dämpfe, durch Metalle (Blei u. a.), Erkrankungen der Atmungsorgane infolge Staubeinatmung, Hauterkrankungen infolge Einwirkung hautreizender Stoffe, Augenerkrankungen, Erkrankung des Nervensystems, des Muskelsystems mit Einschluß des Herzens, der Gelenke usw. —, oder um Erkrankungen, die zur gewerblichen Tätigkeit nur in mittelbarer Beziehung stehen, wozu ein großer Teil der Fälle von Tuberkulose bei Staubarbeitern, vielfach auch sonstige Infektionskrankheiten u. a. gehören. Da eine Kenntnis dieser Fälle für die Vorbeugung auf dem Gebiete der Gewerbehygiene von Wichtigkeit ist, ersuche ich die Vorstände der Krankenanstalten dahin mit Anweisung zu versehen, die Krankengeschichten derartiger Fälle, eventuell auch das Ergebnis der Sektion, abschriftlich hierher mitzuteilen, und zwar jährlich zum 1. Juli und 1. Januar. Einer Fehlanzeige bedarf es nicht. Außer den allgemeinen Krankenanstalten kommen an Spezialkrankenanstalten hauptsächlich diejenigen für Nerven- und Augenkranke in Betracht, während von den Lungenheilstätten und den Anstalten für Geisteskranke abgesehen werden kann.“

Unterricht in der Hygiene für Lehrer.

Auf Anregung von Professor Debove von der medizinischen Fakultät der Pariser Universität hat die oberste Behörde für den öffentlichen Unterricht in Frankreich die Einführung von zwei Maßnahmen beschlossen, welche im Interesse der öffentlichen Gesundheit gleich vorteilhaft erscheinen. Dem Unterrichtsplan in den Normalschulen für Lehrer ist eine Unterweisung in den Grundzügen der Geschlechtskrankheiten zugefügt worden, und der Lehrplan für Lehrerinnen soll in Zukunft die Pflege des Kindes in sich schließen. (Med. Klinik.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann-Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 19. Ausgegeben am 1. Oktober.

Inhalt:

Schwefelwasserstoffvergiftung als Unfallerkrankung.

Von

Prof. Fürbringer (Berlin).

Die nachfolgenden Mitteilungen behandeln denselben mehrere Jahre zurückliegenden Fall, den ich in der Diskussion des Vortrages von Stadelmann über Vergiftung mit Schwefelalkalien in der Berliner medizinischen Gesellschaft am 29. März dieses Jahres (Berliner klin. Wochenschrift 1905, S. 423 u. 447; diese Zeitung 1905 S. 305) kurz erwähnt habe. Begreiflicherweise waren mir die Daten nicht in wünschenswerter Vollständigkeit gegenwärtig. Die Gründe, aus denen ich mein dem Reichsversicherungsamt im Mai 1903 erstattetes Obergutachten — mit Genehmigung dieser Behörde — nunmehr eingehend mitteile, werde ich am Schluß noch angeben.

Es handelt sich um einen im Januar 1901 verstorbenen Bergmann, dessen tödliche Krankheit Gegenstand der Beurteilung von sieben Sachverständigen gewesen. Trotzdem der Sektionsbefund und ein chemisches Gutachten vorgelegen, waren die Meinungen zum Teil weit auseinander gegangen. Das Nähere erhellt gleich der Art des durch die Zeugen bekundeten Unfalls aus dem Gutachten. Die Fragestellung des Reichsversicherungsamtes ging dahin, ob es wahrscheinlich sei, 1. daß die Einatmung von Schwefelwasserstoffgas, die es für erwiesen erachte, Vergiftungserscheinungen bewirkt habe, 2. daß letztere das Herz- und Nierenleiden des Verstorbenen plötzlich verschlimmert und den Tod dadurch wesentlich beschleunigt hätten.

Ich lasse nun das Gutachten, von einigen unwesentlichen Kürzungen und redaktionellen Änderungen abgesehen, dem Wortlaut nach folgen.

Dem Ersuchen entspreche ich durch Bejahung der beiden gestellten Fragen. Die Gründe sind folgende. Es muß als festgestellt gelten, daß, wie bereits auch die Vorgutachter Med.-Rat T. und Dr. B. erwähnt, die — nicht häufige — Schwefelwasserstoffvergiftung im allgemeinen keine charakteristischen und beweisenden Leichenveränderungen liefert. Wichtig ist eine dunkle bis schwärzliche Verfärbung des Blutes und infolgedessen eine solche der inneren Organe, insbesondere des Gehirns, das einen graugrünen Ton annehmen kann. Allein dieser Befund ist nicht konstant bzw. auf die Fälle von nicht schnell erfolgendem Tode beschränkt und hat nur Geltung bei frischen Leichen, bei denen der natürliche Verwesungsprozeß keine Verfärbungen bedingt hat. Im übrigen pflegt Fettentartung des Herzens und Lungenödem nicht zu fehlen. Hiernach kann der in vorliegendem Falle von den genannten Sachverständigen erhobene Sektionsbefund für die gestellten Fragen nicht verwertet werden. Er verträgt sich durchaus mit dem Begriff der Schwefelwasserstoffvergiftung, stellt ihn aber nicht sicher. Dasselbe gilt von dem Resultat der chemischen Analyse, was der Sachverständige S. schon begründet hat. Was den Befund an Nieren und Herz anlangt, so muß wohl zugegeben werden, daß R. an einer chronischen Nierenentzündung gelitten hat, obzwar die Schilderung des Organs gleich seiner mikroskopischen Untersuchung, sowie des Harns (mäßige einseitige Vergrößerung,

braunrote Rinde, dunkelrotes Mark, entzündliche Schwellung der absondernden Zellen, viel Eiweiß und Zylinder im Harn) nicht eigentlich dazu genügt bis auf die schwere Abziehbarkeit der Kapsel; sie deutet im Verein mit den Herzveränderungen (etwas Arterienverkalkung mit leichter Schlußunfähigkeit der Klappen) auf einen gemeinsamen Ursprung mit beginnender Nierenschrumpfung. Unter solchen Umständen kann nicht wohl, wie das hie und da nach dem Akteninhalt anscheinend vermutet worden, die Veränderung von Niere und Herz zu ihrem wesentlichsten Teil auf eine Schwefelwasserstoffvergiftung bezogen werden.

Was die klinische Äußerung der Vergiftung anlangt, so pflegt im Vordergrunde zu stehen: Größte Hinfälligkeit und Schwäche, Druck im Kopf und auf der Brust (das „Plomb“ der französischen Kloakenarbeiter), Zusammenschnüren der Kehle, Unruhe, Schwindel, Übelkeit, faulig riechendes Aufstoßen, Erbrechen, Ausströmen von Schwefelwasserstoffgeruch, schließlich Bewußtseinsstörungen bzw. Delirien. Das Blutspektrum ergibt beim Menschen kaum je ausgesprochene Veränderungen.

Nach der Bekundung des Sachverständigen Dr. B. hat der Verstorbene in der kritischen Zeit — die Frage der Schwefelwasserstoffeinatmung am Bohrloche hat bereits das Reichsversicherungsamt in positivem Sinne erledigt — zunächst Mattigkeit in den Gliedern, Atembeschwerden, Herzklopfen und am 4. Januar 1901 folgende Erscheinungen dargeboten: Brustbeklemmung, Atemnot, allgemeine Mattigkeit, trüben Blick, frequenten Puls, verstärkten Herzschlag mit leichtem Geräusch über der Basis, Aufgeregtheit, Hin- und Herwandern, Benommenheit im Kopf, lallende Sprache, Unbehagen in der Magengegend; am nächsten Tage Muskelspannung in den Gliedern und der Kiefergegend und — auch vom Gutachter Dr. M. beobachtete — Bewußtlosigkeit, inmitten welcher er am 6. Januar starb.

Dieses Bild zeigt mit dem Schema in fast allen Punkten eine derartige Übereinstimmung, daß es naheliegt, fast sämtliche Symptome auf eine Schwefelwasserstoffvergiftung zu beziehen, und zur Annahme von Krankheitserscheinungen, welche durch das Nierenleiden veranlaßt wären, keine rechte Aufforderung vorliegt. Vollkommenes darf man selbstverständlich nicht verlangen da, wo das Ausschlaggebende weniger in den Einzelsymptomen als ihrer Gruppierung liegt. Wie bei ungezählten inneren Spontanleiden, so erzeugt auch bei den Vergiftungen oft genug die launische und dem künstlich geschaffenen Schema nur schwer sich fügende Natur wechselnde Bilder, die sich ähneln, aber nicht immer gleichen müssen. Die Obduzenten gehen sogar noch weiter, indem sie aus Anlaß der Spärlichkeit der Erfahrungen ein bestimmtes klinisches Bild der Schwefelwasserstoffvergiftung nicht zulassen wollen. Immerhin muß ich auf ein belangvolles Symptom mit Nachdruck zurückkommen, das Erbrechen. Dr. B. verneint es; auch die Bekundung der Mutter, ihr Sohn habe das Fenster aufgerissen, da er nicht wisse, wo er bleiben solle, beweist noch keinen Brechreiz. Es bleiben nur die positiven Behauptungen der Witwe übrig, die mit Vorsicht aufzunehmen sind gleich dem Inhalt ihres neuesten Briefes, den Dr. B. nicht zu bestätigen vermag. Auch hat letzterer am 4. Januar Rhabarber und Kalomel zur Ableitung auf den Darm, nicht zur Bekämpfung von Brechreiz verordnet. Endlich erscheint auch die Klage des Verstorbenen gegen den Zeugen K. am 3. Januar, es sei ihm „schlecht“, nicht eindeutig. Also kann ich mit dem Reichsversicherungsamt nur annehmen, daß nicht erwiesen, daß R. erbrochen. Aber selbst für den Fall, daß letzterer in der Tat weder an Brechreiz gelitten noch erbrochen hat, würde ich nach Lage der Sache nicht wagen, das Manko gegen die Vergiftung zu verwerten. So auffällig dasselbe erscheint, bei der relativen Seltenheit der Schwefelwasserstoffvergiftung ist die Ausarbeitung der Klinik noch nicht so erschöpfend, daß die Konstanz des Erbrechens als erwiesen gelten darf. Nicht alle Lehrbücher erwähnen das Symptom. Es darf auch nicht vergessen werden, daß die Brechneigung überhaupt eine individuell sehr schwankende Größe ist; bekannt ist, daß gewisse Menschen selbst auffallend großen Dosen von Brechmitteln Widerstand leisten. Endlich sind nach lehrbuchmäßiger Darstellung der Schwefelwasserstoffvergiftung die Menschen gegen dieselbe „sehr verschieden empfindlich“. Nicht zu unterschätzen ist der durch den Zeugen L. bekundete so starke an das Stapelwasser erinnernde Geruch aus dem Munde des Verstorbenen, daß er sich wegsetzen mußte.

Mit obiger Ausführung ist zu einem Teil der von den Sachverständigen T. und B, sowie Prof. L., Dr. T. und Br. unterhaltenen Bedenken bereits Stellung genommen. Daß der negative Befund im Spektrum nicht gegen die Vergiftung spricht, ist oben begründet worden. Augenentzündung und Darmstörungen gesellen sich gewiß gern zur Schwefelwasserstoffvergiftung; als konstante Begleiter kann ich sie nicht ansprechen. In einem eigenen Falle habe ich erstere vermißt. Das Verhalten des Pulses ist für unsere Frage unerheblich, auch das von C. bezeugte rötere Gesicht, das ein Zeichen von Anstrengung wie Krankheit gewesen sein kann. Ebenso kommt dem Zuckergehalt des Harnes keine einschlägige Bedeutung zu, was ja die letztgenannten drei Gutachter auch erwähnt. Wenn sie die beobachteten Krankheitserscheinungen als charakteristisch für Urämie, d. i. Harnvergiftung des Blutes infolge des Nierenleidens ansprechen, so will ich bei der Vielgestaltigkeit derselben eine prinzipielle Übereinstimmung nicht leugnen. Was mich aber veranlaßt, den Hauptinhalt des Krankheitsbildes nicht als urämischen zu deuten, ist der Umstand, daß, wo nicht eine latent verlaufende, mit rechtschaffener Herzvergrößerung und auffälliger Harnvermehrung einhergehende ausgeprägte Schrumpfniere vorliegt — was hier nicht der Fall —, eine tödliche Urämie nicht unversehens ausbricht. Wenigstens kenne ich unter den zahlreichen von mir beobachteten Fällen chronischer Nierenentzündung keinen derartigen. Selbst bei echter Nierenschrumpfung müssen die plötzlich überraschenden Wandlungen zu gefahrdrohenden und selbst tödlichen Zuständen aus heiterem Himmel infolge von Urämie bei ständiger Arbeitsfähigkeit als Ausnahmen gelten. Kommt es bei den übrigen Formen der Brightschen Nierenentartung zu urämischen Anfällen, so hat gewöhnlich der Träger lange vorher schwere, die Arbeitsfähigkeit lahm legende Krankheitszeichen dargeboten, insbesondere Wassersucht, Atemnot und bedenkliche allgemeine Schwäche. Im vorliegenden Falle war von alledem keine Rede; im Gegenteil hat R., wie bereits das Reichsversicherungsamt im Anschreiben hervorgehoben, nach Auskunft des Knappschaftsvereins und der Gewerkschaft vor dem 2. Januar seit sechs Jahren nicht wegen Krankheit gefeiert, sondern bei außerordentlicher Befähigung zum Beruf ständig gearbeitet und selbst schwerste Arbeiten übernommen. Ob er wirklich, wie der Zeuge J. behauptet, schon Ende 1900 „nicht recht imstande gewesen“, steht dahin. Jedenfalls wird seinen tiefliegenden Augen und seiner Einsilbigkeit von der Gewerkschaft eine andere Deutung gegeben, nach welcher es sich um ernste Veranlagung und wortkarges Wesen des mageren Mannes gehandelt. Vor allem war er „bis zum letzten Tage körperlich und geistig arbeitsfähig“, so daß ich nur den latenten Verlauf eines nicht sonderlich schweren Herz- und Nierenleidens voraussetzen kann, das voraussichtlich noch für lange Zeit die Erwerbsfähigkeit gewahrt haben würde, wenn eben nicht die Einatmung des Giftes dem Leben ein früheres Ziel gesetzt hätte. Es ist nicht recht ersichtlich, wodurch der behandelnde Arzt, nachdem er im Beginn die offenbar richtige Diagnose gestellt, sie später zurückzuziehen sich hat verleiten lassen.

Wie bereits erwähnt, ist es zulässig, über die Fragestellung des Reichsversicherungsamts ad 2 hinauszugehen und der Hauptsache nach Schwefelwasserstoffvergiftung als solche anzunehmen. Ich will aber gern einräumen, daß in den beobachteten Störungen

auch von dem chronischen Nierenleiden herrührende gesteckt haben und gerade deshalb, weil R. nieren- und herzkrank gewesen, eine Dose des Giftes, die seinen Mitarbeitern unbedenkliche Gesundheitsstörungen eingetragen, ihm den Tod gebracht, zumal bei Nierenkranken die Ausscheidung aufgenommener Gifte erschwert zu sein pflegt. —

Auf Grund vorstehenden Gutachtens hat das Reichsversicherungsamt der Klägerin unter Aufhebung der Vorentscheidungen die Witwenrente zugesprochen.

Der materielle Inhalt des Gutachtens bedarf nicht eines längeren Kommentars. Die Gründe, aus denen ich es der Veröffentlichung als wert erachtet, liegen einmal in der wieder von Stadelmann hervorgehobenen Seltenheit der Schwefelwasserstoffvergiftung, zumal in der Unfallspraxis; sodann in der Schwierigkeit der Differenzierung der klinischen Erscheinungen gegen den Symptomenkomplex der vielgestaltigen Urämie. Auch unsere Vergiftung hat das Zentralnervensystem zum Hauptangriffspunkt. Es hat die Patientin Stadelmanns nach der Einnahme des „Haarfeindes", eines im wesentlichen aus Schwefelkalzium bestehenden Enthaarungsmittels der Hauptsache nach dargeboten: Erbrechen, Bewußtlosigkeit, Cyanose, Krämpfe, Hin- und Herwälzen, Toben, dunklen eiweiß-, blut- und zylinderhaltigen Harn, grünschwarzen Stuhl. Hier wurde die aktute toxische Nephritis chronisch, während in unserem Falle der Kranke schon vorher Träger eines chronischen Nierenleidens gewesen. Im übrigen sind die gemeinsamen Züge im klinischen Bilde unverkennbar. Herausheben möchte ich eine gewisse, von den französischen Autoren bereits vor Jahrzehnten in ihren Studien der Kloakengasvergiftung*) eingehend gewürdigte, später zum Teil nicht genügend beachtete und von den neueren Lehrwerken nicht durchweg erwähnte freilich nicht konstante Eigenart der Delirien, die unter anderen Stadelmann zunächst eine Psychose vermuten ließ und von mir in der genannten Diskussion bereits erwähnt worden. Ich meine den ruhelosen und lauten Bewegungsdrang, der sich auch in den beiden Fällen widerspiegelt. Andere Male treten mehr springende und tanzende Bewegungen der Opfer der Vergiftung hervor, welche verworren schwatzen, unartikulierte Laute ausstoßen, singen, „chantent le plomb", um im Jargon der Pariser Kloakenfeger zu reden. Es ist nicht zum wenigsten der Bericht des behandelnden Arztes über die Sprachstörung und den Wanderdrang unseres Kranken gewesen, der im Verein mit der Kontinuität der Erscheinungen mein positives Urteil gefestigt, das der Witwe zu der offenbar wohlverdienten Rente mit verholfen.

*) Die man trotz der Beimischung von Kohlenwasserstoff und Ammoniak getrost als Schwefelwasserstoffvergiftung gelten lassen kann.

Über Strafvollzugsunfähigkeit.

Von

Dr. F. Leppmann,

zweitem Arzt an der Strafanstalt Moabit und der dortigen Irrenabteilung.

Von allen Fragen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie ist gewiß keine ausgiebiger durchgearbeitet als die der Zurechnungsfähigkeit für rechtswidriges Handeln. Da gibt es eine umfangreiche ärztliche Literatur, genaue gesetzliche Vorschriften und oberstgerichtliche Entscheidungen, welche die Rechtslage klären. Während aber so alle Garantien geboten werden, daß das Urteil im medizinischen wie im juristischen Sinne gleich gerecht ausfallen möge, verlassen uns die Kommentatoren in ganz auffälliger Weise, sobald auf das Wort die Tat, auf das Urteil der Strafvollzug gefolgt ist, und sobald es nun gilt, die Bedeutung geistiger Störungen im Strafvollzuge abzuwägen.

Die Reichsstrafprozeßordnung spricht in zwei Paragraphen von einer Verhinderung der Strafvollstreckung durch bestehende geistige Störung. Nach § 485 darf an Geisteskranken kein Todesurteil vollstreckt werden, und nach § 486 muß die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe aufgeschoben werden, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

Letztere Vorschrift bezieht sich jedoch, nach übereinstimmenden Entscheidungen der obersten Gerichte, nur auf diejenigen Erkrankungen, die zwar nach der Urteilsfällung, aber vor Antritt der Strafe ausbrechen. Macht sich eine Geistesstörung während der Strafe geltend, so lehrt uns in Deutschland keine gesetzliche Vorschrift, wie mit dem Erkrankten rechtlich zu verfahren sei. Selbst die vom Bundesrat am 28. Mai 1898 veröffentlichten „Grundsätze, welche bei dem Vollzuge gerichtlich erkannter Freiheitsstrafen bis zu weiterer gemeinsamer Regelung zur Anwendung kommen" begnügen sich zu erklären, daß erkrankte Gefangene in der Regel innerhalb der Strafanstalt und nur in besonderen Fällen außerhalb derselben behandelt werden sollen, ohne die Geisteskranken näher zu berücksichtigen. So wird denn im Einzelfalle die Frage, ob ein Gefangener infolge geistiger Störung strafvollzugsunfähig sei, nicht bloß ohne gerichtliche Entscheidung im Verwaltungswege von Bureau zu Bureau erledigt, sondern es fehlen selbst in den Verwaltungsvorschriften bindende Regeln für die zu berücksichtigenden Normen. Klassische Werke über das Gefängniswesen, wie das groß angelegte Handbuch des Gefängniswesens von Holtzendorf-Jagemann (Hamburg, J. F. Richter 1888), gehen mit kurzen verlegenen Andeutungen über das Problem hinweg, und die medizinische Literatur über Strafvollzugsfähigkeit ist sehr spärlich. Selbst umfangreiche Lehrbücher der gerichtlichen Psychiatrie pflegen über dieses Gebiet nur einige kurze Andeutungen zu bringen*) und aus der neueren periodischen Literatur wüßte ich, abgesehen von einer gelegentlichen Streifung dieser Frage bei Erörterungen anderer Themen aus letzter Zeit kaum mehr zu nennen, als eine 1903 in dieser Zeitschrift veröffentlichte Arbeit von Aschaffenburg: „Strafvollzug an Geisteskranken".

Wenn ich vorhin sagte, daß der Strafvollzug sich zur Verurteilung verhält wie die Tat zum Wort, so habe ich damit theoretisch schon die Notwendigkeit begründet, der Frage der Strafvollzugsfähigkeit größere Beachtung als bisher zu schenken. Es können unmöglich ersprießliche Verhältnisse bestehen, wenn nicht sorgfältig und nach bestimmten Grundsätzen aus dem Strafvollzuge diejenigen Personen ausgemerzt werden, die sich für ihn nicht eignen. Daß auch in der Praxis das Fehlen solcher bestimmten Grundsätze zu sehr großen Schwierigkeiten, zu vielem Kopfzerbrechen und manchem unerquicklichen Streit führt, das ist uns Gefängnisärzten schon seit langer Zeit bekannt.

Ich habe mir deshalb vorgenommen zu erörtern, wie sich wohl die Voraussetzungen der Strafvollzugsunfähigkeit in eine kurze Definition zusammenfassen lassen, analog den Begriffsbestimmungen, welche unsere Gesetzbücher für die Unzurechnungsfähigkeit, Geschäftsfähigkeit etc. geben. Es sollen bei dieser Untersuchung Reformen des Strarechts, die wir für künftige Zeit erstreben, ganz unberücksichtigt bleiben: zunächst einmal ist es die gegenwärtige Rechtslage, welche wir als Gutachter berücksichtigen müssen; wir können die Entscheidung über den Verbleib eines geistig Defekten nicht so lang hinausschieben, bis es etwa besondere Verwahranstalten für Minderwertige geben wird, oder dgl. Das heute geltende Recht wird also die Grundlage sein, auf der unsere Ausführungen sich aufbauen sollen.

*) Eine Ausnahme macht A. Leppmann, Sachverständigenfähigkeit bei Seelenstörungen. Berlin, R. Schoetz, 1887.

Wenn wir von Strafvollzugsfähigkeit reden, so denken wir zunächst an mehr äußerliche Dinge, an die Fähigkeit des Gefangenen, in seiner Arbeit, in seinem Benehmen, allen den Anforderungen zu genügen, welche die Anstaltsdisziplin stellt. Es gehört aber zur Strafvollzugsfähigkeit noch etwas mehr: Im Lichte welcher Theorie immer man die Freiheitsstrafen betrachten mag — stets wird als ihr Zweck ein gewisser Einfluß derselben auf das Seelenleben vorausgesetzt. Es ist selbstverständlich nicht gesagt, daß die Strafe nur an Leuten vollzogen werden dürfte, bei denen dieser Zweck sicher erreichbar wäre. Aber zum mindesten dürfen keine Umstände vorliegen, welche die Erreichung des Strafzwecks von vornherein als ganz aussichtslos erscheinen lassen. Es muß wenigstens die theoretische Möglichkeit bestehen, daß der Sträfling seine Haft entweder als Sühne für begangenes Unrecht empfindet, oder daß sie läuternd oder abschreckend auf ihn wirken könne. Wo selbst diese Möglichkeit durch krankhafte seelische Mängel ausgeschlossen ist, da hat der Strafvollzug keinen Sinn mehr da tritt eine Strafvollzugsunfähigkeit aus inneren Ursachen ein.

Welche Kennzeichen besitzen wir nun für die Bejahung dieser Voraussetzungen, und wie können wir sie bündig zum Ausdruck bringen?

Ärzte, welchen die Praxis des Strafvollzuges und der Gefängnispsychosen fremd ist, mögen glauben, daß es hier keiner weitläufigen Begriffsbestimmung bedürfe, und daß man mit dem Schlagwort auskomme: „Geisteskranke gehören nicht in die Strafanstalt“. Sicher hat Aschaffenburg, als er in seinem oben erwähnten Aufsatz diesen Grundsatz aufstellte, nicht daran gedacht, damit eine umfassende Definition der Strafvollzugsunfähigkeit geben zu wollen. Er wollte, wenn ich ihn recht verstanden habe, nur dagegen ankämpfen, daß im Strafvollzuge gewisse typische Geisteskranke, die wir aus der Freiheit sicher in die Irrenanstalt bringen würden, zurückbehalten werden, statt in diese geeigneteren Asyle gebracht zu werden. Es wäre aber gut gewesen, wenn er von vornherein betont hätte, daß nicht jede Störung des Seelenlebens Geisteskrankheit im Sinne seiner Ausführungen sei. In dem Bestreben, den Begriff der Strafvollzugsunfähigkeit festzulegen, bringt uns der obige Satz nicht vorwärts, sondern rückwärts. Kein Begriff ist dehnbarer, als derjenige der Geisteskrankheit. Es unterliegt durchaus der persönlichen Willkür des Einzelnen, wo er die „geistige Minderwertigkeit“ aufhören und die „Geisteskrankheit“ anfangen lassen, und ob er in einem nach einer geistigen Störung seelisch gebrechlich Gebliebenen den mit Defekt „Geheilten“ oder den — wenn auch gebesserten — „Kranken“ sehen will. Mustern wir aber das Krankenmaterial einer Strafanstalt, so sehen wir in überraschender Häufigkeit gegenüber den eindeutigen „Geisteskrankheiten“ die Zustände auftreten, welche mit mehr oder weniger weitem Ausschlage um die Mitte zwischen Krankheit und Gesundheit herumpendeln. Paralytiker, hochgradig Manische, tief Melancholische fehlen uns fast ganz. Dagegen blühen bei uns die abortiven Formen der Verrücktheitsgruppe, die Dementia praecox Kräpelins, die ganze Summe der Seelenstörungen auf der Grundlage des Schwachsinns und der Epilepsie und die mannigfachsten Arten degenerativer Veranlagung.

Es würde mir nicht schwer fallen, aus unserem Anstaltsmaterial in lückenloser Reihenfolge alle Übergangsstufen vom luftschloßbauenden Träumer bis zu dem in phantastischen Wahngebilden befangenen Paranoiker, vom arroganten und rechthaberischen Quengler bis zum querulatorisch Verrückten nebeneinander zu stellen. Die Reihe unserer Schwachsinnigen umfaßt nicht bloß die verschiedensten Grade von allgemein herabgesetzter seelischer Leistungsfähigkeit, sondern die Mannigfaltigkeit wird noch vermehrt durch allerlei Nebenstörungen (Reizbarkeit, Hypochondrie, Neigung zu Halluzinationen), die bald fehlen, bald vorhanden sind. Wir bekommen Folgezustände des Jugendirreseins in allen Stufen zur Strafverbüßung, angefangen mit einer harmlosen Mischung von Albernheit, Überheblichkeit und Hypochondrie, welche weitaus nicht das Gesamtbild einer Geistesstörung im Sinne des üblichen Sprachgebrauchs darstellt, bis hinauf zu ausgesprochenen Wahnideen, vollkommener Einsichtslosigkeit und Unlenksamkeit. Wir sehen von abgeblaßten paranoischen Erkrankungen bald eine unerträgliche Reizbarkeit mit vereinzelten Wahnideen, bald bloß ein allgemeines Mißtrauen, bald nichts weiter als einen Mangel an Krankheitseinsicht zurückbleiben, und was bedeutsamer ist, wir können sozusagen experimentell den Krankheitsrest dämpfen oder verstärken, je nachdem, ob wir dem Kranken vorsichtig oder unvorsichtig begegnen. Am allergrößten aber ist die Fülle und Verschiedenheit der Erscheinungen bei den Epileptikern. Da stellen zunächst alle die Abschattierungen von der einfachen Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, Hypochondrie und Frömmelei bis zur wohlausgebildeten epileptischen Paranoia der kritischen Würdigung die schwierigsten Aufgaben. Da kommen ferner die akuten Verwirrtheits- und Erregungszustände hinzu, die bald durch ihre Seltenheit belanglos sind, bald durch ihre Häufung den Strafvollzug unmöglich machen. All das wird aber noch kompliziert durch die Unberechenbarkeit im Verlauf der epileptischen Krankheitsformen. Wir sehen heute einen Epileptiker, dessen Einsichtslosigkeit und Zornmütigkeit derart ist, daß wir ihn unbedingt in die Irrenabteilung nehmen müssen — und nach 6 Wochen oder 3 Monaten ist aus demselben Manne ein fügsamer stiller Gefangener geworden, der mit vollem Verständnis den Rest des Strafvollzuges über sich ergehen läßt, der sich vielleicht noch etwas leicht gekränkt fühlt, aber über jedes unbedachte Wort gleich nachher beschämt ist. Ein anderer, der zur selben Zeit in die Irrenabteilung gekommen ist, wird dagegen immer gereizter, wütender und einsichtsloser und ist nach jahrelangem Aufenthalt in öffentlichen Anstalten noch nicht gebessert. Es gibt unter den Epileptikern großsprecherische, eigensinnige Burschen, die ihren Stolz darein setzen wollen, den Strafvollzug unmöglich zu machen, und bei denen eine derbe Arreststrafe Wunder wirkt — es gibt andere, welche jede Strafe nur reizt und kränker macht. Diese Unberechenbarkeit des Verlaufs ist ganz ebenso bei denjenigen Fallsüchtigen vorhanden, deren Krankheit wir auf organische Gehirnveränderungen zurückführen können, wie bei den übrigen.

Wem die lebendige Erfahrung solche Bilder vor Augen stellt, der wird nach maßgeblicheren Kennzeichen der Strafvollzugsunfähigkeit suchen, als sie das Wort „Geisteskrankheit“ enthält.

Im übrigen glaube ich, daß es grundsätzlich unrichtig ist, wenn wir Ärzte in unserer Eigenschaft als Gutachter uns darauf versteifen wollen, nur klinische Diagnosen zu stellen, ohne gleichzeitig auch jedesmal die praktische Nutzanwendung darzutun. Wir haben nicht die mindeste Aussicht es durchzusetzen, daß wir von Behörden und Gerichten gewissermaßen als Auguren betrachtet werden, deren spezialwissenschaftliche Untersuchungsergebnisse von vornherein den Ausschlag bei der Rechtspraxis geben. Der Richter, der Verwaltungsbeamte verlangt — und zwar mit Recht —, daß wir ihm klar machen, warum eine von uns gefundene Geistesstörung gerade diejenigen Folgen im Einzelfalle hat, auf die es ihm ankommt. Ihm ist es ganz gleichgültig, ob wir wissenschaftlich berechtigt sind, das Zustandsbild als „Geisteskrankheit“ zu bezeichnen, aber wir müssen ihm beweisen können, daß es einen bestimmten Einfluß auf das Handeln des Kranken hat. Wenn wir uns auf einen doktrinären Standpunkt stellen, also etwa in unserer Frage auf den, daß wir lediglich die Geistesstörung nachzuweisen und dann nach dem Grundsatze „Geisteskranke gehören nicht in die Strafanstalt“ das Weitere zu verlangen hätten, so werden wir bald alle

Fühlung mit den Anforderungen des praktischen Lebens verlieren und in unserer „splendid Isolation“ ebenso unseren Stand wie das Gemeinwohl schädigen. Darin, daß wir uns von solcher Prinzipienreiterei fernhalten, könnte nur mangelhaftes Verständnis eine Herablassung zu unwürdigen Kompromissen erblicken.

Der zweite Einwand gegen die Nützlichkeit der von mir beabsichtigten Erörterung, den ich erwarte, ist der: Es sei wohl trotz unserer, eingangs dargelegten theoretischen Beweise doch keine so wichtige Sache, streng zu entscheiden, ob ein geistig Defekter ins Strafhaus oder ins Irrenhaus gehöre. Eine gewisse indolente Humanität legt den Einen die Worte in den Mund: Laßt im Zweifelsfalle doch den armen Teufel aus der Strafe heraus, ein ideales Ergebnis wird der Strafvollzug bei ihm ja doch nicht haben; andere mehr zur Schneidigkeit neigende Naturen stellen sich auf den Standpunkt: Laßt lieber ein paar Geistesdefekte zu viel, als einen zu wenig im Strafvollzuge; sie sind es nicht wert, daß man sich um ihretwillen den Kopf zerbricht.

Die letztere Gruppe von Beurteilern ist leicht abgetan: Gerade die zweifelhaften Fälle sind eine solche Last für den Strafvollzug und erfordern eine solche Masse Arbeit, daß auch wer vom Hauch der Humanität nicht gestreift ist, sie gern los wird.

Wer aber andererseits rät, Geistesdefekte aus dem Strafvollzuge herauszuschicken, auch wenn sie nicht gerade im strengsten Sinne strafvollzugsunfähig seien, der ist sich der ungeheueren Verantwortung nicht bewußt, die er damit auf sich lädt.

Zunächst einmal: wohin kommen denn diese Kranken? Mit geringen Ausnahmen sind es gemeingefährliche Personen, deren Verwahrung bisher außer im Strafhause, nur in der Irrenanstalt möglich ist. Wie lange die Irrenanstalt diese Kranken behält, das hängt durchaus vom persönlichen Ermessen des Anstaltsleiters ab.

Ist dieser nicht überzeugt, daß der Kranke ein geeignetes Objekt für die Anstalt darstellt bzw. daß er wirklich strafvollzugsunfähig ist, so schickt er ihn schleunigst in die Haft zurück. Und die Erfahrung lehrt merkwürdigerweise, daß bei dieser Prüfung die Leiter der öffentlichen Irrenanstalten recht häufig Strafvollzugsfähigkeit in solchen Fällen noch als vorhanden annehmen, in denen die Psychiater der Strafanstalten sie verneinen. Zum Belege hierfür gebe ich eine kleine Statistik: Unter dem 21. Juli 1902 hat der preußische Justizminister im Einverständnis mit dem Minister des Innern verfügt, daß die aus Strafanstalts-Irrenabteilungen in öffentliche Irrenanstalten überführten Geisteskranken, wenn sie später auf der öffentlichen Anstalt wieder in den Strafvollzug zurückgeschickt werden, erst zur Nachprüfung ihrer Strafvollzugsfähigkeit diejenige Irrenabteilung wieder passieren müssen, von der aus sie in die öffentliche Anstalt gebracht worden sind. Seit diese Verfügung existiert, sind in unsere Abteilung im ganzen 33 Personen direkt aus Irrenanstalten als genesen bzw. gebessert und strafvollzugsfähig zurückgeliefert worden. Von diesen haben sich — zum Teil vom ersten Tage an — als strafvollzugsunfähig trotz möglichster Rücksichtnahme sieben erwiesen. Bei acht weiteren dauert die Beobachtung erst wenige Wochen, so daß kein maßgebliches Urteil möglich ist, drei oder vier sind im geregelten Strafvollzuge über ihre Strafe hinweg gekommen, und die übrigen sind in der Mehrzahl so erheblich defekt, daß ihre Rückbringung in die Irrenabteilung sehr leicht wieder erforderlich werden kann. Es finden sich darunter mehrere ausgesprochen chronisch Verrückte.

Augenscheinlich sind die Erwägungen, denen die Leiter der betreffenden Irrenanstalten gefolgt sind, sehr verschieden gewesen. Die einen haben sich nur gefragt: Besteht bei dem X. eine „Geisteskrankheit“?, und wenn der Mann dann keine Wahnideen mehr äußerte und wenigstens zeitweise fügsam war, haben sie ihn zurückgeschickt. Die andern haben ohne Rücksicht auf klinische Erwägungen lediglich die Möglichkeit einer Unterordnung unter die Anstaltsdisziplin im Auge gehabt, zum Teil freilich ohne die Schwierigkeit dieser Unterordnung für Geistesdefekte voll zu würdigen. Wie weit etwa hier und da die neuerdings proklamierte Neigung, die Irrenanstalt nicht mehr als Verwahrungsort für gemeingefährliche Kranke gelten zu lassen, bei der Abstoßung dieser Elemente mitgewirkt hat, wage ich nicht zu entscheiden.

Jedenfalls erhellt aus meiner Zusammenstellung, daß die Irrenanstalten bei minder strenger Sichtung des ihnen überwiesenen Gefangenenmaterials uns die nicht ganz deutlich strafvollzugsunfähigen Fälle binnen kurzer Zeit zurückschicken würden.

Es sind aber nicht bloß überflüssige Kosten und Arbeiten, welche aus einer oberflächlichen Begutachtung der Strafvollzugsfähigkeit entstehen würden, sondern sehr ernste Gefahren für die Allgemeinheit. Ich muß es aussprechen, daß die zum Teil höchst gemeingefährlichen Kranken in der öffentlichen Anstalt bei unseren heutigen Verhältnissen meist nicht genügend sicher verwahrt werden. König meint zwar, nur ausnahmsweise erweise sich ein aus der Irrenanstalt in die Freiheit entlassener Bestrafter draußen wieder als gemeingefährlich. Es wäre gewiß erfreulich, wenn diese Meinung sich statistisch bestätigen ließe. Aber selbst dann würde keineswegs das getan sein, daß die gemeingefährlichen sicher in den Irrenanstalten zur Zeit gut verwahrt werden, denn ein großer Teil der geisteskrank gewordenen Verbrecher, die Mehrheit oder eine große Minderheit, wartet ihre gutwillige Entlassung nicht ab und findet Gelegenheit, aus den Anstalten zu entweichen und neue antisoziale Handlungen zu begehen. Ich kann auch hier wieder eine kleine, aber sehr bezeichnende Statistik anführen.

Von 38 in die Irrenanstalt entlassenen Gefangenen, welche später wieder in hiesige Abteilung eingeliefert wurden, sind aus der Irrenanstalt entlaufen mindestens 21 (von einigen fehlen mir die Berichte darüber). Mehrere sind wiederholt entlaufen. Zwölf davon haben die Entweichung (bzw. einer einen Urlaub) zu strafbaren Handlungen benutzt. Unter diesen strafbaren Handlungen finden sich verschiedene Betrügereien, Diebstähle zum Teil in Form schwerer Einbrüche, Körperverletzungen, Zuhälterei und ein Notzuchtsattentat. Besonders bezeichnend ist der Fall eines Kranken, welcher aus der Irrenanstalt im Laufe von 15 Jahren immer und immer wieder entwichen ist, Diebstähle und Körperverletzungen begangen hat, nachdem er bereits in der Anstalt Gelegenheit zu dem bedenklichsten Unfug, zu Liebesverhältnissen etc. gefunden hatte.

Aber mit der Gefährdung des öffentlichen Wohls geht bei der Unterbrechung des Strafvollzugs auch eine ernste Schädigung der Kranken selbst einher. Der Aufenthalt in der Irrenanstalt wird nämlich nach der Rechtsprechung der Preußischen Obergerichte nicht auf die Strafzeit angerechnet. § 493 der Strafprozeßordnung besagt zwar: „Ist der Verurteilte nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Krankheit in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt gebracht worden, so ist die Dauer des Aufenthalts in der Krankenanstalt in die Strafzeit einzurechnen“ — aber die Gerichte haben entschieden, daß dieser Paragraph auf den vorliegenden Fall nicht zutreffe. Die Strafvollzugsbehörde lasse gar nicht die Gefangenen in eine Irrenanstalt bringen, sondern sie hebe den Strafvollzug auf, und übergebe den ihrer Wirksamkeit nun nicht mehr unterstellten Kranken der zur Fürsorge für ihn verpflichteten Behörde, welche ihrerseits weiter über ihn verfüge. So kann es passieren, und ist es passiert, daß Kranke nach vieljähriger Internierung in der Irrenanstalt noch eine Straffrist von 1 bis 2 Jahren abbüßen mußten. Wir haben uns redlich bemüht, den Leuten jegliche Rechtsbelehrung und Hilfe gegen diese Auffassung zuteil werden zu lassen, aber es hat nichts genützt. Infolgedessen sind besonnene Kranke stets sehr unglücklich, wenn wir sie in die Irrenanstalt schicken. Außerdem scheuen gerade diejenigen Leute, welche sich noch einmal zu einer geordneten Lebensführung aufraffen möchten, die Irrenanstalt oft in hohem Maße, weil sie

wissen, daß im bürgerlichen Leben der ehemals Geisteskranke auf große Schwierigkeiten im Erwerbe wie im Verkehr stößt.

Der in unsern bisherigen Ausführungen dargelegten Notwendigkeit, eine genaue Formel für die Begriffsbestimmung der Strafvollzugsunfähigkeit zu finden. ist als erster weder ein Arzt, noch ein Jurist, sondern ein Strafanstaltspraktiker gerecht geworden: ich meine Krohne, den Reformator unseres Gefängniswesens. Er sagt in seinem klassischen Lehrbuch der Gefängniskunde (Stuttgart, Verlag Enke, 1889):

> Strafvollzugsunfähig wird der Verurteilte, wenn er entweder so verblödet, daß er kein Verständnis mehr hat für Strafe und Strafvollzug oder so verrückt ist, daß er durch sein Gebahren die Ruhe und Ordnung der Strafanstalt stört.

Fragen wir uns, ob die ausgiebigen Erfahrungen über Strafvollzugsfähigkeit, die von ärztlicher Seite namentlich in den mit Adnexen für Geisteskranke verbundenen Strafanstalten seit dem Erscheinen des Krohneschen Buches gemacht worden sind, für die Zwecke der medizinischen Gutachtertätigkeit eine wesentliche Veränderung der Krohneschen Thesen*) gebieten, so kommen wir zu einer Verneinung.

Völlig sinngemäß ist es zunächst, wenn Krohne zwei verschiedene Arten von Strafvollzugsunfähigkeit unterscheidet: eine relative und eine absolute.

Die erstere kennzeichnet sich durch die Voraussetzung, daß der Kranke die Ruhe und Ordnung des Hauses stört. Ob er das tut, das hängt innerhalb weiter Grenzen von den disziplinaren Anforderungen, die an ihn gestellt werden, und von der Möglichkeit, ihn in einer seinen Fähigkeiten angemessenen Weise zu beschäftigen, ab. Es gibt seelisch schwankende Personen, welche in der Einzelhaft sofort anfangen zu halluzinieren, in Gemeinschaft sich aber gut halten; es gibt andere, wenn auch minder häufig, denen nur in der Stille der Zelle wohl ist. Manche müssen sich kräftig ausarbeiten, um namentlich sexuellen Anfechtungen, oder aber um der Gefahr der Schlaflosigkeit zu entgehen. Andere wieder können aus körperlichem Schwächegefühl nur leichte Arbeit verrichten. Wir haben geistig Defekte, die wir nicht wagen dürften, in eine andere Anstalt zu schicken, weil ihre mimosenhafte Empfindlichkeit es erforderlich macht, daß ihnen gegenüber jedes schroffe Wort vermieden werde, was nur in einer Anstalt möglich ist, wo jeder Beamte die besondere Eigenart des betreffenden Gefangenen kennt; andere aber müssen wir versetzen, weil sie von einer abgelaufenen halluzinatorischen Geistesstörung ein ängstliches Mißtrauen gegen irgendeinen bestimmten Beamten gerade unserer Anstalt zurückbehalten haben. Vor allem kann mit disziplinaren Bestrafungen geistig Angekränkelter viel verdorben werden, wenn schematisch und ohne ärztliche Würdigung der etwa vorgekommenen Verstöße vorgegangen wird.

Je mannigfacher die Möglichkeiten der disziplinaren Behandlung Geistesdefekter sind, und je sorgfältiger die Organe des Strafvollzuges in der Behandlung individualisieren, desto weniger Personen brauchen aus dem Strafvollzuge deshalb entlassen zu werden, weil sie durch die Äußerungen eines Seelenleidens die Ordnung der Anstalt stören. Freilich muß man manchmal erst eine ganze Weile herumprobieren, ehe man mit solchen Leuten das richtige trifft; aber selbst in recht bedenklichen Fällen erreicht man doch nicht selten gute Erfolge.

Erst kürzlich ist uns folgender Fall vorgekommen:

Ein erblich belasteter junger Eigentumsverbrecher erkrankte 1900 mit melancholischer Verstimmung und Selbstvorwürfen. Daran schloß sich dann ein fantastisches System von Wahnideen, welches zur Aussetzung des Strafvollzuges und Unterbringung in einer Irrenanstalt Anlaß gab. Dort traten die Wahnideen bald zurück, X. blieb aber in erheblichem Grade reizbar und einsichtslos. Etwa nach $^3/_4$ Jahren wurde er verständiger und wenige Wochen später schickte man ihn zur Verbüßung seines Strafrestes zurück. Er schien auch ganz leidlich wieder hergestellt und wurde nach der Gemeinschaftsanstalt A. überführt. Hier dauerte es nur wenige Monate, so waren die Sinnestäuschungen wieder da, und X. kam zu uns zurück. Auch diesmal trat rasch wieder eine Besserung ein; gleichwohl aber mißlang ein Versuch, ihn in der Strafanstalt Moabit die Reststrafe verbüßen zu lassen, kläglich. Mitte 1903 kam X. in die Landesirrenanstalt zurück, blieb dort wieder $^3/_4$ Jahre, während deren sein Verhalten zeitweise noch recht schwankend war, kam im April 1904 wiederum als strafvollzugsfähig zurück, hielt sich diesmal zunächst in der Strafanstalt Moabit gut und verbüßte dann mehr als ein Jahr Strafrest in der Strafanstalt B., wo er mit Feldarbeit beschäftigt werden konnte. Er hat sich mir kürzlich vorgestellt, und ich war überrascht über sein blühendes Aussehen und sein fröhliches, verständiges Wesen.

Fälle wie dieser zeigen, daß — ich wiederhole es — schon die bisher in den Strafanstalten gegebenen Möglichkeiten bei verständiger Ausnutzung genügen, um die Zahl der durch Störung der Strafvollzugsordnung strafvollzugsunfähigen Gefangenen sehr einzuschränken.

Um Mißverständnisse zu vermeiden, wird es sich empfehlen, die ursprüngliche Krohnesche Definition dieser Gruppe etwas umzumodeln: es gibt ja wenige Sträflinge, welche nicht gelegentlich durch Unbotmäßigkeit, Übermut oder dgl. die Ruhe und Ordnung des Strafvollzuges störten, und es muß auch die Möglichkeit berücksichtigt werden, daß ein Geistesdefekter nicht krankheitshalber, sondern mutwillig Störungen veranlaßt. Wir sagen daher besser mit A. Leppmann*) : . . . ., wenn sie durch die Äußerungen ihrer Krankheit die Ordnung des Strafvollzuges erheblich und dauernd stören.

Ganz anders zu beurteilen sind diejenigen Fälle, wo nach der Krohneschen Begriffsbestimmung das Verständnis für Strafe und Strafvollzug fehlt. Diese müssen aus dem Strafvollzuge heraus, wie immer ihr äußeres Benehmen beschaffen sein möge. Freilich dürfen wir an das „Verständnis für Strafe“ keine idealen Anforderungen stellen. Krohne selbst hat sicher an alles andere eher gedacht, als daran, die Strafvollzugsfähigkeit vom Schuldbewußtsein im Sinne eines echten moralischen Empfindens abhängig zu machen. Diese letztere Form des Verständnisses für Strafe ist unter unseren Gewohnheitsverbrechern und unter der Mehrzahl der Gelegenheitsverbrecher eine so große Ausnahme, daß der Hinweis auf die sittliche Stumpfheit eines Gefangenen bei der Erörterung seiner Strafvollzugsfähigkeit höchstens als Beweismittel dritten Ranges mitverwendet werden könnte. So gut wie der Staat sich in seinen Rechtsvorschriften damit begnügt, die Erfüllung bestimmter Normen im Handeln von seinen Bürgern zu verlangen, ohne zu fragen, aus welcher Gesinnung dieses Handeln hervorgeht, ebenso gut wird man sich begnügen müssen, als Vorbedingung des Strafvollzuges eine rein verstandesmäßige Einsicht des Bestraften zu verlangen: Er muß wissen, weswegen er bestraft ist, er muß wissen, daß seine Strafe auf dem Rechtswege über ihn verhängt und für ihn bindend ist, und er muß wissen, daß die Strafe zur gegebenen Zeit noch andauert. Wenn er diesen Anforderungen genügt, dann fehlt ihm nicht das Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung, wie ich statt des immerhin mißdeutbaren allgemeinen Ausdrucks „Verständnis für Strafe und Strafvollzug“ vorschlagen möchte zu sagen.

So primitiv diese Anforderungen erscheinen, so führen sie doch zur Strafaussetzung bei einer ganz erheblichen Menge von Geistesdefekten. Es werden davon betroffen nicht bloß die unter Strafgefangenen heutzutage sehr seltenen schweren Verblödungszustände, die chronischen Verwirrtheitsformen und Stuporen,

*) Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 25.

*) l. c.

sondern auch mannigfache Verrücktheitsformen. Namentlich gehören hierher die Querulanten, welche überzeugt sind, ihre Verurteilung nicht einer rechtmäßigen Gerichtsentscheidung, sondern lediglich einem Komplott zwischen Staatsanwalt, Richtern und persönlichen Feinden zu verdanken und diejenigen namentlich unter den Lebenslänglichen nicht seltenen Verurteilten, bei denen mit der Zeit der Wahn, begnadigt zu sein, sich entwickelt. Diese Letzteren, geschulte Züchtlinge, die auch hinsichtlich ihres Charakters oft zu den besseren Elementen der Strafanstalt gehören, machen formell, trotz ihrer Verrücktheit, dem Strafvollzuge anfangs oft gar keine Schwierigkeiten, und dennoch ist es geboten, sie aus dem Strafvollzuge zu entfernen, weil sie eben die Strafvollstreckung an ihnen nicht mehr begreifen.

Zwei Bestandteile der Krohneschen Definition werden wir für die ärztliche Sachverständigentätigkeit ganz fallen lassen können, nämlich die Vordersätze: „Wenn er entweder so verblödet ... oder so verrückt ... ist." Es handelt sich hier mehr um populär erklärende Ausdrücke, als um streng medizinische Definitionen. Im psychiatrischen Sinne trifft es nicht zu, daß die störenden Elemente gerade die Verrückten sind. Vielmehr ist es häufig, daß gerade die Verrücktheit, die Umwandlung der Persönlichkeit des Kranken, ihm bei erhaltener formeller Intelligenz und guter disziplinarer Führung das Verständnis für die Strafe raubt. Zudem kommen die einfachen krankhaften Erregungszustände, die eine so große Rolle spielen, bei der Zweiteilung, „Verblödung und Verrücktheit" nicht zu ihrem Rechte.

Nun könnte noch die Frage an uns herantreten: Gibt es nicht einen dritten Grund für die Unterbrechung des Strafvollzuges? Müßte man nicht auch diejenigen Personen aus dem Strafvollzuge entlassen, deren Gemütszustand sich in der Strafanstalt so ungünstig gestaltet, daß die dringende Gefahr eines geistigen Zusammenbruchs vorliegt? Diejenigen Personen also, welche noch nicht geisteskrank sind, aber es voraussichtlich binnen kurzem sein werden? Als Grund hierfür ist anzuführen, daß die Strafhaft nur eine Freiheitsberaubung, nicht aber eine Gesundheitsberaubung sein soll! Und dennoch muß unter den gegenwärtigen Verhältnissen die Frage im allgemeinen verneint werden, so lange wir noch keine Verwahranstalten für derartige, in den Rahmen der Irrenanstalt nicht passende Personen haben. Wir werden es als unsere Pflicht ansehen, die Schaffung entsprechender Anstalten zu befürworten; so lange sie aber nicht bestehen, wird es ebenso unsere Pflicht sein, gemeingefährliche bestrafte Personen, für die es keine andere Verwahrung gibt, auch auf die Gefahr ihres geistigen Zusammenbruchs hin im Strafvollzuge festzuhalten. Das Wohl der Gesamtheit geht vor das Wohl des Rechtsbrechers.

Etwas anderes wäre es, wenn die Frage aufgeworfen würde, ob ein schon Erkrankter, der innerhalb des Strafvollzuges nicht geheilt werden kann, außerhalb desselben aber gute Heilungsaussichten hat, nicht aus dem Strafvollzuge heraus muß? Nach den vom Bundesrat aufgestellten Grundsätzen wäre sie theoretisch sicher zu bejahen. In der Praxis aber sind Kranke, die innerhalb des Strafvollzuges nach menschlichem Ermessen nicht gesund werden können, in der Irrenanstalt aber günstige Heilungsaussichten bieten, also in der Hauptsache akute Fälle, wohl regelmäßig auch aus anderen Gründen strafvollzugsunfähig.

[Im übrigen stellt das beste Vereinigungsmittel für die Interessen des erkrankten Gefangenen und für die Sicherheit der Allgemeinheit die Einrichtung der Strafanstalts-Irrenabteilungen dar. Hier können frisch Erkrankte ohne Aufschub zweckmäßig untergebracht, zweifelhafte Fälle sachgemäß beobachtet, Rekonvaleszenten erprobt werden, ohne daß ihre Strafzeit dadurch verlängert wird. Für Verwahrung dauernd strafvollzugsunfähiger Gefangener dagegen eignen sich solche Abteilungen schon deswegen schwerlich, weil immer wieder Raum für Neuankömmlinge geschaffen werden muß. Ihre Existenz erleichtert also die Beurteilung der Strafvollzugsfähigkeit, ohne die Aufstellung bestimmter Grundsätze für dieselben überflüssig zu machen.]

Ich schließe mit der These: Wir erschöpfen den Begriff der Strafvollzugsunfähigkeit infolge geistiger Gebrechen bei der gegenwärtigen Rechtslage und den gegenwärtig bestehenden Einrichtungen für Irre wie für Gefangene durch die beiden Sätze:

1. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit die Ordnung der Strafanstalt dauernd und erheblich stört.
2. Strafvollzugsunfähig ist derjenige, welcher infolge krankhafter Störung der Geistestätigkeit kein Verständnis für seine Strafe und deren Vollstreckung besitzt.

Die Rieglersche Blutprobe und ihr Wert für die gerichtliche Medizin.

Von

Dr. med. Palleske-Loitz i. P.,

staatsärztlich approbiert.

Wenn dem Gerichtsarzt eine Probe eines als Blut verdächtigen Stoffes übergeben wird, so ist für die Entscheidung der Frage, ob Blut vorliegt oder nicht, einzig und allein die spektroskopische Probe entscheidend; zeigen sich im Spektroskop die bekannten Linien bei D und E, so wissen wir, daß es sich um Blut und nur um solches handelt. Die anderen Proben, welche dem Gerichtsarzt zur Verfügung stehen, können für die Entscheidung der genannten Frage niemals strikte im positiven Sinne verwertet werden, da sie auch bei (allerdings wenigen und meist belanglosen) anderen Stoffen positive Reaktion geben; ich denke hierbei an die Guajakprobe und die neuerdings von Richter gefundene und von mir im wesentlichen bestätigte*) Wasserstoffsuperoxydprobe. Fallen letztere beide Proben negativ aus, so besteht die absolute Sicherheit, daß kein Blut vorliegt. Fallen sie positiv aus, so besteht immer nur die Wahrscheinlichkeit, daß Blut vorliegt — niemals die Gewißheit. Beide an sich vorzügliche Proben, welche zudem den Vorzug einer schnellen und leichten Verwendbarkeit haben, besitzen leider gewisse Fehlerquellen, welche ihre Verwendbarkeit beeinträchtigen, weil sie auch auf einige andere Stoffe als Blut positiv reagieren. Es fehlt bisher (abgesehen von der einen größeren Apparat erfordernden spektroskopischen) an einer jederzeit schnell und sicher anzustellenden positiven Blutprobe, bei welcher der positive Ausfall die Anwendung des Spektroskops überflüssig macht. Ich glaube nun, in folgendem eine solche in der von Riegler**) beschriebenen Form empfehlen zu können. Es gründet sich dieselbe auf folgende Tatsachen:

Nach Hoppe-Seyler entsteht Hämochromogen, wenn wir eine alkalische Hämatinlösung mit reduzierenden Stoffen behandeln; dasselbe zeigt im Spektroskop zwei Streifen bei D und E, ganz ähnlich denen des Oxyhämoglobins, jedoch etwas nach dem violetten Ende hin verschoben. Nun hat Riegler ein Reagens zusammengestellt, welches die Gewinnung von Hämochromogen in alkalischer Lösung aus normalem oder verändertem Blut sehr erleichtert; dasselbe enthält Natronlauge als Alkali und Hydrazinsulfat als reduzierenden Körper, beides gelöst in Alkohol.

„Man bereitet das Reagens durch Lösen von 5 g Hydrazinsulfat in 100 ccm Natronlauge (10%) und darauffolgenden Zusatz von 100 ccm 96prozentigem Alkohol. Die erhaltene Mischung wird nach zweistündigem Stehen filtriert."***)

*) Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Sanitätswesen, 3. Folge. XXIX, 2.

**) Zeitschrift für analytische Chemie, 1904, S. 539.

***) Zitiert nach E. Mercks Jahresbericht, 1904.

Bringt man dies Reagens nun mit Blut oder Blutderivaten zusammen, „so erhält man immer dieselbe alkalisch-alkoholische Hämochromogenlösung mit ihrer schönen, purpurroten Farbe und den zwei charakteristischen Absorptionsstreifen des Hämochromogens.“ (Riegler, l. c.)

Diese so entstandene Blutlösung zeigt nun folgenden auffallenden und charakteristischen Farbenwechsel:

Schüttelt man ein zur Hälfte mit einer Lösung von Blut in genanntem Reagens gefülltes Reagensglas tüchtig durch, so färbt sich die rote Lösung für kurze Zeit gelblichbraun. Es beruht diese Verfärbung darauf, daß die Blutlösung durch den in der darüber stehenden Luftsäule enthaltenen Sauerstoff wieder oxydiert und in alkalische Hämatinlösung umgewandelt wird; letztere sieht aber gelblichbraun bis grünlich aus.

Steht die Lösung dann wieder einige Zeit still, so gewinnt das reduzierende Prinzip des Hydrazins wieder die Oberhand über den Sauerstoff, es entsteht wieder alkalische Hämochromogenlösung in roter Färbung.

Diesen auffallenden Farbenwechsel kann man nun wiederholt und beliebig oft durch abwechselndes Schütteln der Lösung mit Sauerstoff (Luft) und Ruhen der Lösung hervorrufen.

„Dieser so leicht zu erzielende Farbenwechsel ist so charakteristisch, daß man daraus, selbst ohne Spektroskop, auf die Anwesenheit von Blutfarbstoff mit Sicherheit schließen kann.“ (Riegler, l. c.)

Als einfachste Form der Demonstration empfiehlt Riegler $1/2$ g Wasser und 2 Tropfen Blut im Reagensglase mit 10 g Reagens zu mischen und zu schütteln, worauf gelbliche Färbung der Lösung eintritt; nach kurzem Stehenlassen färbt sich die Mischung rosa.*)

So weit Riegler. Ich gehe nunmehr zu den Versuchen über, welche ich mit dem R.'schen Reagens gemacht habe, und auf seine Verwertbarkeit für die gerichtliche Medizin.

Ich habe stets mit verhältnismäßig geringen Mengen Blutes — gewöhnlich 2—5 Tropfen auf ein halbes Reagensglas voll Reagens — gearbeitet, weil bei der so entstehenden Lösung der Farbenwechsel sehr deutlich war, und weil der Gerichtsarzt gewöhnlich Ursache hat, mit den überwiesenen Proben sparsam umzugehen. Ich habe bei meinen Versuchen immer nur die chemische — nie die spektroskopische Seite der in Rede stehenden Probe berücksichtigt, da letztere ohnehin genügend geklärt ist.

Meine Versuche begann ich mit unverändertem frischem Blut, einerseits vom Menschen, anderseits von verschiedenen Tierarten, unter letzteren sowohl Warm- wie Kaltblüter. Das Resultat war in allen Fällen positiv, ich erhielt stets den charakteristischen Farbenumschlag vom reinen Rosa bis Rot in Gelb bis Gelbbraun. Ich möchte noch erwähnen, daß die Farbe der Lösung sich nach der Menge des verwandten Blutes richtet; bei wenig Blut erscheint ein zartes Rosa bzw. ein verwaschenes Gelb, bei größerem Blutzusatz ein kräftiges Dunkelrot bzw. Braungelb.

Von besonderem Interesse erschien das Verhalten der Probe gegenüber verändertem Blut, im trocknen wie flüssigen Zustande, wie es dem Gerichtsarzt gewöhnlich in die Hände kommt.

Das Blut in hochgradig verfaultem, stinkendem Zustande gibt positive Reaktion, ebenso schön wie frisches Blut.

Ich mischte ferner fünf Tropfen dieses faulen Blutes mit 10 g Wasser, kochte es fünf Minuten lang, worauf es eine schmutzig-grünliche Farbe annahm, welche in Nichts an Blut erinnerte. Das Filtrat mischte ich zu gleichen Teilen mit dem Hydrazinreagens und sah mit Interesse, daß sich nach kurzer Zeit die schönste rote Färbung einstellte, welche nach Schütteln mit Luftsauerstoff vorübergehend verschwand. Die Reaktion war also positiv.

Verkohltes Blut, welches ich durch Erhitzen von Blut auf einem Blechstreifen über Spiritus erhielt, versagte bei der Probe; ich erhielt eine hell- bis dunkelbraune Lösung, je nach der Menge der Blutkohle, aber kein Rot.

Dann ging ich dazu über, Blut in trocknem Zustande zu untersuchen; ich strich flüssiges Blut auf Holz, rostiges Eisen, Leinwand, Tuch, Leder und Papier, ließ es fest antrocknen und untersuchte nach einigen Tagen, indem ich Stückchen dieser Materialien von ca. Quadratzentimeter-Größe in wenig Wasser erweichte und das Filtrat mit dem Reagens vermischte. Alle Reaktionen waren positiv. Bei dem auf rostigem Eisen angetrockneten Blut wird die Untersuchung etwas beeinträchtigt durch das mit bräunlicher Farbe sich lösende Eisenoxyd, das Rot fällt ins Braunrot; trotzdem war der positive Ausfall der Reaktion zweifellos.

Mit Blut bespritzte, getrocknete Erde ergab im Filtrat positive Reaktion. (Gewöhnliche Gartenerde reagierte negativ.)

Ältere, jahrelang aufbewahrte Blutflecken auf Leinwand u. ä. standen mir nicht zur Verfügung. Etwas Muskelfleisch von einer Mumie löste sich mit dunkelbrauner Farbe im Reagens, gab aber negativen Ausfall der Reaktion.

Nachdem ich so das Blut nebst seinen verschiedenen, den Gerichtsarzt interessierenden Derivaten untersucht hatte, ging ich dazu über, etwaige Fehlerquellen der Probe aufzusuchen. Ich untersuchte rote und bräunliche Stoffe, welche unter Umständen Blut vorzutäuschen geeignet sind, und zwar:

a) Farbstoffe: Anilinrot, rote Holzbeize,
b) rote Fruchtsäfte,
c) Eisenrost, welcher auf Leinen etwas blutähnlich erscheinen kann.

Die roten Farbstoffe reagierten negativ, das Anilinrot wurde und blieb hellbraun, die rote Beize desgleichen.

Die Fruchtsäfte, frisch hergestellt aus Johannis- und Himbeeren mit Wasser ohne Zusätze, wurden zuerst grasgrün, um nachher dauernd in ein verwaschenes Gelb umzuschlagen.

Der Eisenrost löste sich braun und behielt diese Farbe.

Chemikalien verschiedener Art reagierten negativ.

Wenn ich nunmehr das für die gerichtliche Medizin in Betracht kommende Fazit meiner Untersuchungen ziehe, so ergibt sich folgendes:

Das Hydrazinsulfat-Reagens ist eine spezifische Probe auf das Vorhandensein von Blut; der positive Ausfall der Probe mit dem charakteristischen Farbenwechsel ist typisch für Blut. Die Probe ist eine willkommene und wertvolle Ergänzung der Proben mit Guajaktinktur und mit Wasserstoffsuperoxyd, indem sie bei positivem Ausfall dieser beiden Reaktionen, welcher bisher nur das Vorhandensein von Blut wahrscheinlich machte, die Gegenwart von Blut zur Gewißheit erhebt.

Referate.

Sammelberichte.

Die wichtigeren Erscheinungen auf dem Gebiete der Tuberkulose in der Literatur des Jahres 1904.

Zusammengestellt von C. Th. Curschmann-Gießen.

(Schluß.)

Über die Entstehung der Tuberkulose im Anschluß an ein Trauma bringt das Berichtsjahr eine ziemlich ergiebige Literatur. Einzelne Fälle führen u. a. an Fürbringer[1]), Gaß[2]),

*) Riegler spricht immer von „grüner“ Färbung des alkalischen Hämatins: ich habe in zahlreichen Versuchen immer nur gelbliche bis gelbbraune Färbung bekommen.

[1]) Fürbringer, Ärztliche Sachverst.-Ztg. 7.

[2]) Gaß, Mtschr. f. Unfallhlk. 3.

F. Köhler[1]), Moser[2]). Weygandt[3]) empfiehlt große Vorsicht und Zurückhaltung bei wissenschaftlich noch so wenig vorgeschrittenen Fragen. Heller[4]) verlangt bei Beurteilung der traumatischen Entstehung innerer Krankheiten: 1. Sichere Kenntnis von dem Gesundheitszustand des Betroffenen vor dem Unfall; 2. Genaue Feststellung der Vorgänge bei dem Unfall. 3. Genaue Kenntnis des Krankheitsverlaufs. 4. Bei eingetretenem Tode sorgfältige Sektion durch einen wirklichen Sachverständigen. Moser führt im Anschluß an 2 beobachtete Fälle aus: Mit dem Nachweis des plötzlich schädigend wirkenden Momentes wird der Unfall tatsächlich. Tritt somit nach einer plötzlichen Körperschädigung Lungenblutung auf, so müssen wir dieselbe ohne jede Einschränkung, wenn nicht zwingende anderweitige Anhaltspunkte vorliegen, auf erstere zurückführen. Einen gewissen Zeitraum müssen wir als zulässig anerkennen: jedenfalls wird durch die Blutung eine sehr gute Grundlage geschaffen, auf der sich das Leiden rascher entwickeln kann. Eine im Anschluß an einen Unfall aufgetretene Lungenblutung ist somit stets als eine wesentliche Verschlimmerung eines schon vorher bestandenen Leidens anzusehen. Weber[5]) betont, daß ruhende Tuberkulosen durch Traumen besonders leicht wieder zum Aufflammen gebracht werden können. — Einen klinisch-statistischen Beitrag zur Frage der sogenannten traumatischen Lokal-Tuberkulose, speziell der Knochen und Gelenke liefert Voß[6]) in seiner Dissertation. Von 577 Fällen sind angeblich 125 traumatischen Ursprungs. Davon aber sind etwa $1/3$ auszuschließen, da entweder die Diagnose ungewiß oder durch das Trauma offenbar nur eine Verschlimmerung des schon vorhandenen Leidens hervorgerufen wurde, oder aber da die Zeit zwischen dem Trauma und dem Auftreten der chronischen entzündlichen Erscheinungen so groß ist, daß ein Zusammenhang nicht in Betracht kommen kann. Auch das zweite Drittel ist noch unsicher, wenn auch nicht auszuschließen. Nur bei 7% ist die Wahrscheinlichkeit für den Zusammenhang zwischen Trauma und Tuberkulose groß. Die ganze Lehre von der traumatischen Entstehung der Lokaltuberkulose ist mehr durch klinische Empirie, als durch wissenschaftliche Beweise gestützt. Dies zeigt sich vielfach treffend in der Gutachtentätigkeit der Ärzte. Der juristische Grundsatz: in dubio pro reo komme hier aus rein menschlichen Gründen häufiger zum Ausdruck, als die wissenschaftliche ärztliche Überzeugung. Die Ursachen der Lokaltuberkulosen seien hauptsächlich Traumen leichterer Art (Kontusionen und Distorsionen). Vom Standpunkt der Unfallversicherung aus erscheine es geboten, eine tunlichst präzise Feststellung des Trauma zu fordern und jeden Fall, bei welchem auch nur die leichtesten lokalen Krankheitserscheinungen vorauf gegangen sind, als nicht traumatisch entstanden anzusprechen und eine Verschlimmerung des Leidens durch ein eventuelles Trauma eben auch nur als möglich, niemals als sicher nachweisbar zu bezeichnen. — Salvia[7]) hat nun den Einfluß geringer Traumen auf die Lokalisation der Tuberkulose experimentell untersucht und dabei das folgende festgestellt: „Die Versuche wurden angestellt an Kaninchen, die mit Tuberkelbazillen infiziert waren und zwar wurden durch regelmäßige unbedeutende Traumen lokale Tuberkuloseherde erzielt. Am deutlichsten war der Erfolg an der Leber, den Rippen und an den Lungen; an den Gelenken genügte ein einfaches leichtes Trauma nicht, kam aber noch ein leichtes chemisches Trauma hinzu (Injektion von NH_3), so war auch hier der Erfolg deutlich.

[1]) F. Köhler, Ärztliche Sachverst.-Ztg. 21. 22.
[2]) Moser, ibid. 11. 12.
[3]) Weygandt, ibid. 21.
[4]) Heller, Med. Gesellschaft Kiel, 1. 8. 03.
[5]) Weber, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[6]) Voß, Inaug.-Diss. Rostock.
[7]) Salvia, il policlinico 7. 8. 04.

Die Kontrolltiere boten durchaus verschiedene Lokalisation. Salvia schließt: Ein langsames, unbedeutendes, nicht zu lange Zeit auf die Leber gerichtetes Trauma prädisponiert dieses Organ zu Ablagerung des Tuberkulosevirus mit der Bildung von Knötchen mit rapider Entwicklung, welche sich als größere Tuberkelknötchen umgeben von kleineren miliaren darstellen. Die erste Entstehung dieser Knötchen selbst darf nicht auf das Vorhandensein von Blutergüssen bezogen werden, da solche sehr selten vorhanden sind, sondern auf Störungen im Lymphkreislauf, welche der histologische Befund mit voller Deutlichkeit ergibt. An den Rippen, den platten, spongiösen und dicken Knochen erzeugt das Trauma immer eine deutliche Tuberkuloselokalisation, welche Herde im Periost veranlaßt, ebenso aber auch in der Knochensubstanz und im Knochenmark. Die Wirkung des auf die Rippen angebrachten Trauma äußert sich in deutlicher Weise auf die darunter liegenden Lungenteile, wie die Anhäufung von Tuberkelknötchen in der dem stattgehabten Trauma entsprechenden Zone beweist. Am Kniegelenk genügte ein leichtes Trauma nicht; kam aber ein chemischer Reiz hinzu, so konnte man hier ebenso prompt eine Lokalisation des Tuberkulose virus bewirken, welche aber nur in ausgedehnter Weise die Synovialis betraf." — Geradezu ergänzend hierzu hat Petrow[1]) durch Versuche festgestellt, daß Tuberkelbazillen latent in scheinbar gesundem Knochenmark verweilen können und daß ein Trauma dann eine lokale Tuberkulose auslösen kann.

In der Pathologie der Lungentuberkulose, sowie der Tuberkulose überhaupt, sind wesentlich neue Gesichtspunkte nicht zutage getreten. Hauser[2]) beschreibt eine Ausheilung der Tuberkulose in der Lunge, während der Prozeß im Larynx unaufhaltsam weiterschreitet. Roth[3]) stellt sehr übersichtlich die subjektiven Beschwerden im Beginn der Phthise zusammen. — Neumann[4]), Wild[5]), Ostenfeld[6]) behandeln die Fieber- und Temperaturverhältnisse bei Lungentuberkulose. Bozoky[7]) verbreitet sich über das Zustandekommen von Lungenblutungen. Behr[8]) stellt die bei Lungentuberkulose vorkommenden Beteiligungen der oberen Luftwege zusammen. Über Hyperglobulie verbreiteten sich Mircoli[9]), Rebaudi und Lionello[10]). Stern[11]), Hirschkowitz[12]) untersuchten Lungensteine bzw. das Exsudat bei Bronchit fibrinosa. — Polanski[13]) sucht bei Tuberkulösen alle möglichen Degenerationszeichen wie bei Geisteskrankheiten nachzuweisen, um die Disposition festzustellen. — Kombination von Tuberkulose mit anderen Krankheiten und zwar mit Gicht besprechen Strauß[14]), Ebstein[15]), mit Tetanie Köhler[16]), mit Herzfehler Fischer[17]). — Das Verhältnis der Pleuritis zur Tuberkulose im Kindesalter hat Nathan[18]) untersucht, den Ursprung und die Bedeutung der in Pleuraergüssen vorkommenden Zellen Vargas-Suárecz[19]). —

[1]) Petrow, Ztrbl. f. Chir. 47.
[2]) Hauser, Ä. Bezirksverein Erlangen 27. 6. 04.
[3]) Roth, Inaug.-Diss. Marburg 04.
[4]) Neumann, Norsk. Mag. f. Läger. 10. 03.
[5]) Wild, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 3.
[6]) Ostenfeld, ibid. III. 4.
[7]) Bozoky, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[8]) Behr, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.
[9]) Mircoli, Gazz. d. osped. 79.
[10]) Rebaudi u. Lionello, ibid.
[11]) Stern, Deutsch. m. W. 39.
[12]) Hirschkowitz, Beitr. z Klin. d. Tub II. 4.
[13]) Polanski, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 2.
[14]) Strauß, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 5.
[15]) Ebstein, ibid.
[16]) Köhler, ibid.
[17]) Fischer, Ztsch. f. Tub. u H. V. 3.
[18]) Nathan, Arch. f. Kdrh. 38. 3. 4.
[19]) Vargas-Suárecz, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 3.

Arnsperger[1]) beschreibt Herzverziehungen durch mediastinale Prozesse mit nachträglicher Lungenerkrankung. Andere beziehungsweise seltnere Lokalisationen der Tuberkulose besprechen Juliusberg[2]), Doutrelepont[3]) (Tuberculide, Hauttuberkulose), Ito[4]) (Darm- und Tonsillentuberkulose), H. Curschmann[5]), Ruge[6]) (Tuberkulose des Pylorus bzw. des Magens). — Untersuchungen über männliche respektive weibliche Urogenitaltuberkulose veröffentlichen Hueter[7]), Teutschländer[8]), Kraus[9]), Baumgarten[10]), Rosenstein[11]). Bab[12]) beschreibt einen Fall von scheinbar ascendierender Nierentuberkulose. Schwartzkopf[13]) hat experimentelle Untersuchungen über Agglutination bei Tuberkulose bei gesunden und tuberkulösen Kaninchen angestellt, ohne ein eindeutiges Resultat zu erzielen und zwar weder in Bezug auf die Diagnose noch auf die Prognose. Auch die Agglutination säurefester Bazillen ist nach Rosenberger[14]) nicht zu verwerten. Bezüglich der Perkussion der Lungenspitzen befürwortet Jundell[15]) eine einheitliche Technik; Hauser[16]) macht auf die Fehlerquellen aufmerksam, die durch Emphysem der Spitzen, trotz tuberkulöser Erkrankung derselben, oder andrerseits nach Heilung durch Ausbildung von cirrhotischen Bronchiaktasien bei pleuritischer Verwachsung und Katarrh der Spitzen entstehen können. — Dünges[17]) will die Frühdiagnose der Lungenspitzenerkrankung durch vergleichende Palpation erbringen. Mitulescu[18]) läßt neben den Veränderungen der Atmung und des Schalls bei beginnender Lungentuberkulose als sichere Zeichen nur gelten das Auffinden von Tuberkelbazillen und die Tuberkulinreaktion. Schlüter[19]) mißt überhaupt der Tuberkulinreaktion einen hohen Wert bei. Petterson[20]) hält die Tuberkulinprobe für ein gutes Mittel zur Frühdiagnose, aber immer solle die Beurteilung erfolgen im Zusammenhang mit den physikalischen Zeichen und den allgemeinen Symptomen. Nach Cornet[21]) zeigt eine positive Tuberkulinprobe zwar einen tuberkulösen Herd an, aber nicht, ob der Träger jetzt oder später dadurch bedroht ist. Die Tuberkulinprobe sei nur eine wertvolle Ergänzung der Diagnose. Bandelier[22]) stellt dagegen folgende Sätze auf: 1. Auch nach dem heutigen Stande der Wissenschaft ist das Tuberkulin das zuverlässigste Hilfsmittel zur Sicherung der Frühdiagnose der Tuberkulose. 2. Die allgemeine Anwendung der Tuberkulindiagnostik ist daher anzustreben nicht nur in den Lungenheilstätten und ihren Voruntersuchungsstationen, sondern auch in den Krankenhäusern und den Kreisen der praktischen Ärzte. 3. Zwecks Erreichung einwandfreier und einheitlicher Diagnosen ist an der Kochschen Injektionsmethode streng festzuhalten. 4. Die Tuberkulin-Diagnostik ist das sicherste Mittel zur Klärung der Diagnose „Heilung". — Das Tuberkulin habe keine schädliche Nebenwirkung; die Agglutination habe keinen diagnostischen Wert. Tuberkulin zeige keine inaktive Tuberkulose an. — Smidt[1]) konnte 10 diagnostische Tuberkulinimpfungen durch die Sektion kontrollieren. In 5 Fällen war der Befund den Erwartungen entsprechend, in 2 Fällen dagegen trotz positiver Reaktion keine Spur von Tuberkulose, in einem Fall trotz Tuberkulose negative Reaktion. In einem Falle trat nach 3 Injektionen der Exitus ein und ein Fall schließlich reagierte auf Wasserinjektion gerade so hoch wie auf Tuberkulin. — Adler[2]) stellte 3 Todesfälle nach Tuberkulininjektion zusammen und Köppen[3]), Köhler[4]), Servaes[5]) besprechen den von Schüle im früheren Jahrgang gemeldeten Todesfall durch Tuberkulin. — Kapralik und v. Schroeter[6]) erzielten, allerdings durch viel höhere Dosen, die gleiche Tuberkulinwirkung bei Einatmung, Freymuth[7]) bei interner Verabreichung von keratinierten Tuberkulinpillen. — Nach Kanda[8]) soll die Wirkung des aus Rinder-Tuberkel-Bazillen gewonnenen Tuberkulins zweckmäßiger und zuverlässiger sein als das seither verwandte aus Menschentuberkelbazillen. — Ein neues Verfahren der Diagnose der Lungentuberkulose scheint sich nach Skutezky[9]), Schellenberg und Scherer[10]), Rieder[11]) in der Radioscopie der Röntgen-Durchleuchtung auszubilden. Schellenberg u. Scherer fassen ihre Erfahrungen damit folgendermaßen zusammen: „Die Röntgendurchleuchtung steht ebenbürtig neben der Auskultation und Perkussion, bald sie übertreffend bald hinter ihr zurückbleibend. Hinsichtlich der Frühdiagnose der Lungentuberkulose (sog. Spitzenkatarrhe) sehen wir uns veranlaßt, eine reserviertere Stellung einzunehmen. Sie (die Röntgendurchleuchtung) ist entschieden ein bedeutungsvolles, diagnostisches Hilfsmittel geworden und es steht zu hoffen, daß bei vermehrter Übung und verbesserter Technik die Röntgenuntersuchung in die erste Reihe der Untersuchungsmittel treten wird." Ähnlich spricht sich Rieder aus: „Die allerersten Anfänge der chronischen Lungentuberkulose können bis jetzt durch das Röntgenverfahren ebensowenig wie durch die übrigen klinischen Untersuchungsmethoden nachgewiesen werden. Jedenfalls ist die Behauptung gerechtfertigt, daß in allen Fällen von chronischer Lungentuberkulose die Röntgenuntersuchung eine höchst wertvolle Unterstützung und Ergänzung der übrigen Untersuchungsmethoden liefert." — Fries[12]) will mit dem Thorakodynamometer nach Sticker feststellen ob und in welchem Umfang eine Lungenerkrankung vorliegt. — Die Messung der Temperatur in der Mundhöhle wird weder von Ostenfeld[13]) noch von Mantoux[14]) als genau angesehen; besser ist nach ersterem die Messung im After, während Mantoux die Temperaturfeststellung durch den Urin für die bequemste und hinreichend genaue hält.

Die Prognose der Tuberkulose im großen zu bessern ist nur nach dem Vorschlag von Kluge[15]) durch Eintreten der

1) Arnsperger, ibid. III. 3.
2) Juliusberg, Mitt. von den Grenzgeb. der Med. u. Chir. 13. 4. 5.
3) Doutrelepont, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.
4) Ito, Berl. klin. W. 2.
5) H. Kurschmann, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
6) Ruge, ibid. III. 3.
7) Hueter, Zieglers Beitr. z. path. Anat. 34. 2.
8) Teutschländer, Beitr. z. klin. d. Tub. III. 3. 4.
9) Kraus, Ztschr. f. Geb. u. Gyn. 52. 3.
10) Baumgarten, Berl. Klin. W. 42.
11) Rosenstein, Mtschr. f. Geb. u. Gyn. 20. 4.
12) Bab, Inaug.-Diss. München. 04.
13) Schwartzkopf, Münch. m. W. 15.
14) Rosenberger, Ztrbl. f. i. Med. 26.
15) Jundell, Ztrbl. f. i. M. 17.
16) Hauser, Ä. Bez.-Verein, Erlangen 27. 6. 04.
17) Dünges, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 1.
18) Mitulescu, Spitalul, 8. 9.
19) Schlüter, Deutsch. m. W. 8.
20) Petterson, Upsala Läk. Förh. IX. 5. 6.
21) Cornet, Berl. klin. W. 15.
22) Bandelier, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 4.

1) Smidt, Münch., med. W. 18.
2) Adler, Prag. m. W. 30.
3) Köppen, Beitr. z Klin. d. Tub. II. 3.
4) Köhler, ibid.
5) Servaes, ibid.
6) Kapralik u. v. Schroeter, Wien. kl. W. 22.
7) Freymuth, 76. Vers. deutsch. Naturf. u. Ärzte.
8) Kanda, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 47. 2.
9) Skutezky, Prag. m. W. 9.
10) Schellenberg u. Scherer, Beitr. z. Klin. d. Tub. III. 2.
11) Rieder, Fortschr. auf dem Gebiet der Röntgenstr. VII.
12) Fries, Ztschr. f. Tub. V. 3.
13) Ostenfeld, ibid. V. 5.
14) Mantoux, Soc. méd. des hôp. 1. 7. 04.
15) Kluge, Mtschr. f. soz. Med. I. 10.

privaten, staatlichen und kommunalen Fürsorge für Mittellose möglich. Die Prognose des einzelnen Falles kann in der Schwangerschaft vornehmlich durch den Abort gebessert werden. Ascoli[1]) hält die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft für unbedingt angebracht, wenn eine Verschlimmerung mit Sicherheit zu erwarten und andererseits Hoffnung auf Herstellung besteht. Nach Fellner[2]) hat die Unterbrechung in schweren Fällen in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft für die Mutter keinen Zweck mehr. In schweren Fällen sei es unbedingt Pflicht, in den ersten Monaten die Schwangerschaft zu unterbrechen. Kehlkopftuberkulose stelle die schwerste Komplikation der Schwangerschaft dar und bedinge 61 Proz. Mortalität. Deshalb bei Kehlkopftuberkulose auch bei leichtesten Fällen Unterbrechung. Auf demselben Standpunkt bez. der Komplikation der Kehlkopftuberkulose durch Schwangerschaft stehen Lewy[3]) und Sokolowsky[4]). — Pförtner[5]) kommt über die Unterbrechung der Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen überhaupt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. „In den meisten Fällen bewirkt Schwangerschaft einen schädigenden Einfluß auf den Verlauf der Phthise. 2. Man muß daher zunächst durch Belehrungen über die Gefahren und durch antikonzeptionelle Mittel eine Schwangerschaft bei tuberkulösen Frauen zu verhüten suchen. 3. Wird aber eine Frau schwanger, so besitzen wir als einziges wirksames Mittel gegen den verderblichen Einfluß der Schwangerschaft nur, diese zu unterbrechen. 4. Die Unterbrechung hat, wenn das Fortschreiten der Krankheit festgestellt ist, oder der augenblickliche Krankheitszustand es fordert, möglichst frühzeitig stattzufinden, 5. Bei der Unterbrechung ist von Fall zu Fall zu entscheiden, eine prinzipielle Indikation gibt es nicht. 6. Die Indikation ist von Fachleuten und von zwei Ärzten zu stellen. 7. Der Wille der Mutter muß berücksichtigt werden. 8. Auf die äußeren Verhältnisse der kranken Frau ist bei der Indikationsstellung die größte Aufmerksamkeit zu richten. 9. Das Interesse des Staates fordert es, daß er sich der kranken und schwangeren Frauen aus der armen Bevölkerung nach Möglichkeit annimmt.“ — Einen wesentlich ablehnenderen Standpunkt als alle übrigen gegenüber dem künstlichen Abort bei Phthisis pulmonum nimmt Eich[6])-Marburg ein. „Das Zusammentreffen von Schwangerschaft und Phthise ist als ein ominöses Ereignis anzusehen; doch ist die Prognose nicht absolut ungünstig zu stellen, zumal alte oder latente tuberkulöse Herde oft genug keine Erscheinungen machen. Eine schematische Forderung des künstlichen Aborts ist durchaus nicht gerechtfertigt, da er für die Mutter keine bewiesene bessere Prognose bedingt und ein meist lebensfähiges Kind ohne weiteres preisgibt. Die besten Resultate wird man für Mutter und Kind bei zeitiger sachgemäßer Pflege und möglichst individueller Behandlung erzielen. Ein aktiveres Vorgehen ist bei quälenden Symptomen zumal gegen Ende der Schwangerschaft berechtigt, da dadurch auch dem kindlichen Leben durch eine künstliche Frühgeburt Rechnung getragen wird, und das Leben der Mutter erleichtert und ev. verlängert wird.“

Die Prognose des einzelnen Falles will Widstrand[7]) und Holmgren[8]) durch die Diazoreaktion erkennen, speziell um unter schweren Fällen die ganz ungünstigen auszusondern. — Die Prognosenstellung ist nach Naumann[1]) von der Höhe des Blutdrucks abhängig. Schneider[2]) und auch Sterling[3]) ist der Ansicht, daß eine Pulsbeschleunigung über 90 in jedem Stadium der Erkrankung von ungünstiger Vorbedeutung ist. — Kißkalt[4]) konnte konstatieren, daß die Einatmung SO_2 haltiger Luft bei tuberkulosen Kaninchen einen schnelleren Verlauf der Krankheit herbeiführt.

Hofmann[5]) ist geneigt, bei der Ausheilung der tuberkulösen Lungenspitzenerkrankung, der Gelenkbildung, des Knorpels, der ersten Rippe und der gelockerten Verbindung zwischen Manubrium und corpus sterni einen großen Wert beizulegen, und will sogar möglichst frühzeitig durch operative Durchtrennung des ersten Rippenknorpels die Aussichten verbessern und Heilung herbeiführen.

Die prophylaktischen Maßregeln können sich hauptsächlich in drei verschiedenen Richtungen entwickeln: zunächst zur Beseitigung der Disposition und der vererbten Anlage zur Tuberkulose, sodann zur Verhinderung der Ansteckung und schließlich Maßnahmen zur Unterdrückung resp. Behinderung der Weiterentwicklung einer bereits erfolgten Infektion. Die Disposition hauptsächlich wollen Kelsch[6]) und Hueppe[7]) bekämpfen und zwar wesentlich durch Schaffung besserer Lebensbedingungen und hygienischer Verhältnisse. Brauer[8]) ist allerdings der Ansicht, daß die Disposition im großen überhaupt kaum zu bekämpfen ist und daß daher das Augenmerk vielmehr auf die Verhinderung der Ansteckungsgefahr gerichtet sein muß. Herzfeld[9]) fordert zur Bekämpfung der Tuberkulose seitens der preußisch-hessischen Eisenbahngemeinschaft neben hygienisch-gesunden Wohnungen und der Vermeidung jeder Schwächung des Körpers, vor allem Maßregeln zur Verhütung der Ansteckung. Ramm[10]) wünscht von derselben Verwaltung noch weiter, daß eine allgemeine Anzeigepflicht kranker Arbeiter und Beamten eingeführt werde. Nach Brauer[11]) ist die badische Anzeigepflicht vorgeschrittener und hochgradiger Tuberkulöser mehr ein Anzeigerecht und wird nur sehr wenig benutzt. Auf dem 5. nordischen Kongreß für innere Medizin wurde geltend gemacht, daß eine Anzeigepflicht die Ansteckungsfurcht nur noch vergrößern würde; demgegenüber wurde allerdings von Laache betont, daß das norwegische Tuberkulosegesetz die Ansteckungsfurcht nicht vermehrt habe, man sei dort mit dem Gesetz sehr zufrieden. Auch Belcher[12]) fordert für England dringend die Anzeigepflicht, um auch ev. zwangsweise Desinfektionen vornehmen zu können. Es wird ja auch immer mehr wahrscheinlich gemacht, daß die Tuberkulose aufs innigste mit den Wohnungsverhältnissen zusammenhängt, eine „Wohnungskrankheit“ ist. Runborg[13]) hat dies neuerdings wieder von Upsala bestätigt und Gruber[14]) bringt ähnliche Daten von Graz. Auf Grund einer Wohnungsenquete in Mannheim konnte Marcuse[15]) feststellen, daß die Wohndichte proportional ist der Tuberkulosemortalität. Auch bei der Tuberkulosemorbidität wurde nach-

1) Ascoli, Kongreß f. i. Med. Padua.
2) Fellner, Wien. m. W. 25/27.
3) Lewy, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 15. 1.
4) Sokolowsky, Berl. klin. W. 27.
5) Pförtner, Inaug.-Diss. Berlin 04.
6) Eich, Inaug.-Diss. Marburg. 04.
7) Widstrand, Hygiea 8.
8) Holmgren, ibid.

1) Naumann, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.
2) Schneider, 76. Vers. deutscher Naturf. u. Ärzte.
3) Sterling, Münch. m. W. 3.
4) Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 48. 2.
5) Hofmann, Münch. m. W. 7.
6) Kelsch, acad. d. méd. Paris 5. 4. 04.
7) Hueppe, Wien. kl. W. 38.
8) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
9) Herzfeld, Ä. Sachverst.-Ztg. 9.
10) Ramm, ibid.
11) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
12) Belcher, Birmingh. med. rev. 5. 04.
13) Runborg, Hygiea 5.
14) Gruber, Tuberkulose u. Wohnungsnot.
15) Marcuse, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 4.

gewiesen, daß Wohndichte, Lage und Beschaffenheit der Wohnung, Qualität der Schlafgelegenheit in einem bestimmten, ungünstigen Verhältnis dazu steht. — Um eine Gefahr durch Milch zu vermeiden, hält Flügge[1]) das Abkochen derselben für das rationellste. Nach Rullmann[2]) soll schon nach einstündiger Erhitzung der Milch unter Bewegung auf 68 Grad eine sichere Abtötung der Tuberkelbazillen erfolgen. — Zur Desinfektion des Auswurfs wird von Oetiker[3]) Dampfeinwirkung für das beste gehalten, während Noetel[4]) Verbrennung des Auswurfs samt Spucknapf und Trockenfüllung vorschlägt. Kleider bzw. Wolldecken seien nach beiden durch Formalin zu desinfizieren. — Nach v. Oordt[5]) soll der Wintersport, nach Weber[6]) Alpinismus, nicht übermäßig betrieben, für alle Disponierte sehr vorteilhaft sein. Steinhard[7]) glaubt, daß das auffallende Freisein des schulpflichtigen Alters von Tuberkulose nur durch das Fehlen der Infektionsmöglichkeiten bedingt sei. Der Alkoholismus dagegen ist nach Mercier[8]) der beste Förderer der Tuberkulose. Der Kampf gegen den Alkoholismus müsse jedem Kampf gegen die Tuberkulose entweder vorangehen oder ihn begleiten. — Zur allgemeinen Volksbelehrung ist jedenfalls das Tuberkulose-Museum in Charlottenburg, wie es Kaiserling[9]) beschreibt, ein sehr geeignetes Mittel. — Den weiteren Ausbau der Heilstättenbewegung fordern Brauer[10]) durch Heimstätten für Schwerkranke, Teleky[11]) durch Gründung von Fürsorgestellen, Kinderheilstätten, Rekonvaleszentenheimen und Tageserholungsstätten. Auch Köhler[12]) fordert für Deutschland die Errichtung von Dispensaires, um die weitere Fürsorge der Kranken nach ihrer Entlassung aus der Heilstätte zu übernehmen. — In Dresden[13]) hat man von der Errichtung einer Lungenheilstätte abgesehen um eine Fürsorgeanstalt zu gründen. (Wie diese beiden Anstalten in ihrer Wirkung sich sollten vertreten können, dürfte wohl ziemlich unklar sein.) Eine eingehende Abhandlung über Zweck und Leistungen der die Heilstättenbehandlung ergänzenden Tuberkuloseabwehr-Einrichtungen, über die verschiedenen Fürsorgeeinrichtungen für Lungenkranke, deren Organisation und den weiteren Ausbau derselben hat Stuertz[14]) veröffentlicht. Er tritt darin lebhaft für möglichst zahlreiche Gründung von Fürsorgestellen ein, die nicht wie in Frankreich nach Blumenthal[15]) nur einem der beiden Typen entsprechen, sondern sowohl hygienisch-prophylaktische als auch therapeutische Funktionen haben sollen. — Auch Lasson[16]) ist der Ansicht, daß „mit der kurzsichtigen Auffassung aufgeräumt werden muß, daß mit der Behandlung in den Heilstätten alles getan sein sollte", und empfiehlt hauptsächlich Ermittlung und Vernichtung der Tuberkulosenester in den Wohnungen. Die Heilstättenerfolge stellen sich nach Rumpf[17]) folgendermaßen: 3—4 Jahre nach der Entlassung waren von allen Eingewiesenen noch arbeitsfähig 70 % des I. Stadiums, 55 % des II., 23 % des III. Stadiums — also ein geradezu großartiger Erfolg! — Nach Foß[1]) sorgen die Flachlandheilstätten nicht, wie Brehmer es wollte, für das schwache Herz der Kranken; dem sollte durch CO_2-Bäder abgeholfen werden. — Elkan[2]) und Wigand[3]) befürworten das Arbeiten der Heilstätteninsassen, eins der heikelsten Thema der Heilstättenbehandlung. — Ritter[4]) und Roepke[5]) wollen auch vorgeschrittenere Kranke bis zum II. Stadium, zur Heilstättenbehandlung zulassen, doch soll bei diesen nach Roepke Tuberkulinbehandlung zu Hilfe genommen werden.

Über Immunisierung und Immunisierungsverfahren bei Tuberkulose sind die Meinungen noch sehr verschieden. Zupnik[6]) gibt eine Übersicht über die gattungsspezifische Therapie der Infektionskrankheiten und führt dabei im wesentlichen das Folgende aus: „Der gesamten von der Bakteriologie geschaffenen Therapie liegen zwei leitende Ideen zugrunde: 1. Die antagonistische Behandlung von Milzbrand mit Pyocyaneus-Bazillen, Tuberkulose durch Streptokokken. 2. Die artspezifische, die Bekämpfung des Krankheitsprozesses durch seine eigenen Erreger, und zwar entweder durch lebende, aber abgeschwächte (Jenner) oder durch seine Stoffwechselprodukte (Koch) oder durch seine eigenen Gegenkörper (Behring). Mit verschiedenen Arten säurefester Bazillen (Streptotrichazeen) habe er zu Immunisierungszwecken keinen Erfolg gehabt. — Baumgarten[7]) bestätigt, daß bei Rindern durch Injektion von menschlichen Tuberkelbazillen Immunität gegen Perlsuchtbazillen erzielt werde. — Friedmann[8]) will dasselbe durch seinen Schildkröten-Tuberkelbazillus erreicht haben und bestreitet die Überlegenheit des Möller-[9])schen Blindschleichen-Tuberkelbazillus, den dieser für den geeignetsten hält. — Bei der Mischinfektion der Tuberkulose will Menzer[10]) durch Anti-Streptokokkenserum auf die Eiterkokken einwirken; Blöte[11]) will durch Setzung einer Fontanelle (ulcus artificiale) eine aktive Immunität gegen die Eitererreger hervorrufen. — Maragliano[12]), dessen Serum günstig wirken soll auf den allgemeinen Zustand und die lokale Erkrankung, zwar nicht bei jedem Tuberkulösen, aber bei fast jedem im ersten Beginn, führt trotzdem gegenwärtig eine echte Vakzination mit abgetöteten Tuberkelbazillen aus, um auf aktivem Wege im Körper die Bildung von Schutzstoffen herbeizuführen. Auch Wright[13]) gibt gute Erfolge dieser Inokulationsbehandlung an.

Die Rolle des Tuberkulins der Tuberkulose gegenüber ist noch durchaus nicht klargestellt. Hager[14]) nimmt eine Immunität gegen Tuberkulose an, die durch Tuberkulinbehandlung herbeigeführt werden kann. Roepke[15]) bestreitet zwar, daß es bis jetzt ein Immunisierungsverfahren gegen Tuberkulose gibt, ist aber trotzdem überzeugter Anhänger der Tuberkulinbehandlung. Während Baer[16]) im Spital nur geringe Erfolge bei der Tuberkulinbehandlung zu verzeichnen hatte und Wegener[17])

[1]) Flügge, Deutsch. m. W. 8.
[2]) Rullmann, Münch. m. W. 12.
[3]) Oetiker, Ztschr. f Tub. u. H. VI, 6.
[4]) Noetel, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 48 I.
[5]) v. Oordt, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
[6]) Weber, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 3.
[7]) Steinhard, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[8]) Mercier, Bull. méd. 26.
[9]) Kayserling, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 4.
[10]) Brauer, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 2.
[11]) Teleky, Wien. kl. W. 44.
[12]) Mtschr. f. soz. Med. I. 11.
[13]) Arbeiter-Versorgg. 1. 05.
[14]) Stuertz, Fürsorgestellen f. Lungenkranke usw.
[15]) Blumenthal, Ztschr. f. T. u. H. V. 4.
[16]) Lasson, Arbeiter-Versorgg. 30. 04.
[17]) Rumpf, Münch. m. W. 38.

[1]) Foß, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.
[2]) Elkan, ibid. V. 5.
[3]) Wigand, ibid. VI. 5.
[4]) Ritter, Vers. der Tub.-Ärzte, Berlin 11. 04.
[5]) Roepke, Beitr z. Klin. d. Tub. III. 1.
[6]) Zupnik, Verein deutscher Ärzte in Prag 19. 2. 04.
[7]) Baumgarten, Berl. kl. W. 43.
[8]) Friedmann, D. m. W. 5, Ther. Mtb. 3, u. D. m. W. 46.
[9]) Moeller, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[10]) Menzer, Verein d. Ärzte, Halle a. S. 6. 1. 04.
[11]) Blöte, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.
[12]) Maragliano, Berl. kl. W. 24, Gazz. d. osp. 11.
[13]) Wright, Clin. J. 9. 11. 04.
[14]) Hager, Verbandstag deutscher Eisenbahnärzte, Metz. 8. 04.
[15]) Roepke, Verbandstag deutsch. Eisenb. usw.
[16]) Baer, Wien. m. W. 33 35.
[17]) Wegener, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.

überhaupt nur leichte Fälle sich bessern sah, zumal sich die Patienten gegen das Impfen sträubten und manchmal Nichtgeimpfte sich mehr besserten, haben andere, Nurney[1]), Holdheim[2]), Pottenger[3]) meist gute Erfahrungen damit gemacht. Auch Schöler[4]) will bei Augenkrankheiten neben den sonst üblichen Behandlungsmethoden durch Tuberkulin gute Erfolge erzielt haben. Der älteste Anhänger der Tuberkulinbehandlung, Petruschky[5]) will sogar während der Schwangerschaft die Gefahren der Tuberkulose für Mutter und Kind durch Tuberkulin beseitigen. — Loewenstein und Rappoport[6]) sehen das Zustandekommen einer Immunität durch Tuberkulin als gesichert an. — In der Versammlung der Tuberkuloseärzte (Berlin 11. 04) waren die Vertreter über die Verwendbarkeit des Tuberkulins in Therapie und Diagnose noch nicht einig; neben vielen günstigen Berichten wurde doch auch gewarnt vor der Anwendung und an die Unglücksfälle bei der Diagnose erinnert. Auch Köhler[7]) mahnt zur Zurückhaltung, da die Wirkung des Tuberkulins sich in keinem Falle vorausbestimmen lasse. Foß[8]) und Balwin[9]) stellen Grundsätze und Indikationen zur Behandlung mit Tuberkulin bzw. zur Vermeidung desselben auf. Kurrer[10]) berichtet über einen Todesfall nach Behandlung mit Tuberkulin (intravenös), bei dem allerdings das Vorgehen wohl nicht als ganz einwandfrei gelten kann. Dagegen konnte Spengler[11]) die Heilung einer Miliartuberkulose der Lunge durch Tuberkulin durch die Sektion nachweisen. — Von den verschiedenen Tuberkulinarten hält Spengler[12]) neuerdings das aus Perlsuchtbazillen hergestellte für das beste, während Grünbaum[13]) das Neutuberkulin besonders empfiehlt. Nach Gervaerts und Wildiers[14]) ist in keinem anderen Lande so viel mit Tuberkulin behandelt worden, wie in Belgien, und am besten hat sich dabei das Tuberkulin Denys bewährt.

Von anderen „spezifischen" Heilmitteln rühmt Jessen[15]) das Tuberculocidin-Klebs, das ich sonst nicht mehr erwähnt finde.

Die Hetol-Behandlung wird von Schrage[16]) und Brasch[17]) als günstig angegeben, namentlich bei beginnenden Fällen. Heggs[18]) sieht darin zwar kein Spezifikum, doch sicherlich ein gutes Heilmittel. Prym[19]) dagegen sah wohl zweifellos eine potentielle Wirkung auf Tuberkulose, jedoch keine ausschließlich günstige. Bei 13 schweren und mittelschweren Fällen trat in keinem Fall eine deutliche Besserung ein. — Wegen seiner nahen chemischen Verwandtschaft mit der Zimmtsäure hat Bulling[20]) die Inhalation von phenylpropiolsaurem Natrium bei Lungentuberkulose empfohlen. Außer ihm konnten auch Elkan und Wiesmüller[21]) günstige Resultate, jedoch keine Heilung konstatieren.

[1]) Nurney, 76. Vers. dtsch. Naturf. u. Ärzte.
[2]) Holdheim, 76. Vers. dtsch. Naturf. u. Ärzte.
[3]) Pottenger, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.
[4]) Schöler, Ztschr. f. Augenhk. Juni.
[5]) Petruschky, 76. Vers. dtsch. Naturf. u. Ärzte.
[6]) Loewenstein u. Rappoport, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 6.
[7]) Köhler, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[8]) Foß, Ztschr. f. Tub. u. H. VI. 5.
[9]) Balwin, Journ. of Americ. Assoc. 22.
[10]) Kurrer, Med. Korr. Bl. Württ. 18.
[11]) Spengler, D. m. W. 31.
[12]) Spengler, Ztschr. f. Hyg. u. Inf. 47. 1.
[13]) Grünbaum, Lancet, 24 9. 04.
[14]) Gervaerts u. Wildiers, VIII. naturw. u. med. Kongreß. Antwerpen. 28. 9. 04.
[15]) Jessen, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 2.
[16]) Schrage, Münch. m. W. 44.
[17]) Brasch, D. m. W. 9.
[18]) Heggs, Lancet. 22./10. 04.
[19]) Prym, Münch. m. W. 44.
[20]) Bulling, M. m. W. 17.
[21]) Münch. m. W. 18.

Eine sonderbar widerspruchsvolle Beurteilung erfährt das Marmoreksche Antituberkuloseserum. Während Latham[1]) mit den Erfolgen zufrieden ist, hat Frey[2]) auffallende Besserungen gesehen und Jacquerod[3]) hält es, da er nur günstige Erfolge sah, für die wichtigste und nützlichste Entdeckung. Baer[4]) dagegen und Friedjung[5]) haben es ohne jeden Erfolg verabreicht; ersterer konstatierte lebende Strepto- und Staphylokokken im Serum, letzterer erhielt einmal einen Streptokokken-Abszeß an der Impfstelle.

Da Hunde viel widerstandsfähiger sind gegen Tuberkulose, versuchte Link[6]) mit Injektionen von Hundeblutserum bei künstlich tuberkulös gemachten Kaninchen und Meerschweinchen den Krankheitsprozeß zu beeinflussen, aber ohne Erfolg.

Die von Jacob (Bongert und Rosenberg) im Verein für innere Medizin in Berlin (13. 6. 04) angeregten Lungeninfusionen mit 0,1—0,4 % Tuberkulin, haben in der Sitzung selbst derartigen Widerspruch erfahren, daß nicht weiter die Rede davon war.

Von sonstigen Behandlungsarten wird nur von Brieger[7]) und von Andrae[8]) die hydriatische Behandlung der Tuberkulose rühmend hervorgehoben. — Andere gegen die Tuberkulose gepriesene Heilmittel und Spezialitäten anzuführen, lohnt sich nicht der Mühe.

Eine etwas ungewöhnliche Behandlung der Lungentuberkulose will Geßner[9]) einführen: intrapulmonäre Injektionen von Jodoformglyzerin nach bewährten chirurgischen Grundsätzen.

Mit Injektionen von Jodoformglyzerin will Schömann[10]) auch die tuberkulöse Peritonitis nach Punktion des Aszites behandeln. Weißwange[11]) empfiehlt die operative Behandlung der Bauchfelltuberkulose auch deshalb, weil nicht nur die lokalen Herde sondern auch oft weit entfernte tuberkulöse Herde im Körper zur Heilung kommen oder wenigstens auffallend günstig beeinflußt werden. Bandelier[12]) konnte ebenfalls den Wert der Laparotomie an einem Fall von Bauchfelltuberkulose konstatieren.

Eine eingehendere Diskussion hat im Berichtsjahr über Diagnose und Therapie der Nierentuberkulose stattgefunden. Während Kümmel[13]) und Kapsamer[14]) die einzelnen diagnostischen Merkmale zusammenstellen, führt Milchner[15]) einen sehr lehrreichen Fall an, in welchem trotz Eiterung, Blutung, Vergrößerung, Druckempfindlichkeit der linken Niere, Abmagerung und säurefesten Bazillen im Urin sich nach der Exstirpation keine Tuberkulose sondern Hydronephrose mit Smegmabazillen ergab. Darnach dürfte wohl in jedem Fall der Tierversuch zu fordern sein. — Als Therapie kommt nach Krönlein[16]) nur die totale Nephrektomie in Frage und zwar nach Kümmel[17]) die

[1]) Latham, Lancet. 16. 4.
[2]) Frey, Münch. m. W. 44.
[3]) Jacquerod, Rev. de méd. 4. 104.
[4]) Baer, Gesellsch. f. i. Med. und Kdrblk., Wien.
[5]) Friedjung, Gesellsch. f. i. Med. und Kdrblk., Wien.
[6]) Link, D. Arch. f. kl. Med 79. 3.
[7]) Brieger, Berl. kl. W. 15.
[8]) Andrae, Ztschr. f. Tub. und H. VI. 5.
[9]) Geßner, Ztrbl. f. Chir. 48.
[10]) Schömann, Ztrbl. f. Chir. 48.
[11]) Weißwange, Gesellsch. f. Naturheilk. Dresden 16. 4. 04.
[12]) Bandelier, Beitr. z. Klin. d. Tub. II. 5.
[13]) Kümmel, Ärztl. Verein Hamburg, 29. 11. 04.
[14]) Kapsamer, Wien. kl. W. 16.
[15]) Milchner, Berl. kl. W. 49.
[16]) Krönlein, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. für Chir., Berlin 4. 04.
[17]) Kümmel, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. für Chir., Berlin 4. 04.

Frühoperation. Küster[1]) will sogar beim Versagen der Diagnostik beide Nieren durch Probeinzision freilegen. Steinthal[2]) ist allerdings kein Freund der Frühoperation, da die Niere auch manchmal von selbst ausheilen kann und Berg[3]) ist überhaupt ein Gegner des operativen Vorgehens. Nach Korteweg[4]) kommen für die Beurteilung der Indikation der frühzeitigen Nephrektomie bei Nierentuberkulose die folgenden Fragen in Betracht: „1. Ist die Sekretion von Tuberkelbazillen ein vollgültiger Beweis für die Tuberkulose der Harnwege? (Antwort): Wahrscheinlich zu bejahen. — 2. Heilt eine Nierentuberkulose wirklich so selten spontan aus, wie alle Anhänger der Frühoperation behaupten?: Vorgeschrittene Fälle heilen zuweilen, leichte höchst wahrscheinlich sehr oft spontan. — 3. Muß man nicht mit der Möglichkeit rechnen, daß bei einseitiger Nierentuberkulose trotz Fehlens aller klinischen Erscheinungen auch die 2. Niere bereits erkrankt ist?: Ja. — 4. Besteht die Möglichkeit, daß trotz rechtzeitiger Operation der erkrankten Niere die andere doch tuberkulös wird?: Ja. — 5. Wird die Gefahr für die zweite Niere durch Entfernung der kranken vermindert?: Wahrscheinlich nicht. — Demnach sei bei etwas trübem, Tuberkelbazillen enthaltenden Urin die wirkliche Frühoperation zu verwerfen: 1. weil eine beginnende Nierentuberkulose gute Aussichten auf spontane Heilung habe; 2. weil die Möglichkeit einer bereits vorhandenen Erkrankung der anderen Niere nicht gering ist; 3. weil die Sicherung gegen die Erkrankung der andern Niere zu problematisch ist. — Dagegen soll man, wenn der Patient an urinärer Tuberkulose leidet, d. h. Schmerzen oder Fieber hat, die kranke oder zumeist kranke Niere entfernen.

Mosetig-Moorhof[5]) warnt bei Gelenktuberkulose vor zu lange fortgesetzter nichtoperativer Behandlung. In allen Fällen von Fungus osseus sei eine operativ-aktive, gründliche Exstirpation der Gelenkkapsel, Entfernung der Knochenherde unter sorgfältiger Schonung des Epiphysenknorpels bei noch wachsenden Menschen am Platze. Die Knochenhöhle sei dann mit Jodoformplombe auszufüllen.

In der Therapie der Larynxtuberkulose empfiehlt Krause[6]) ein genaues Abwägen des lokalen und allgemeinen Befundes, sodann aber energisches und gründliches Arbeiten, auch im dritten Stadium der Kehlkopf- und Lungentuberkulose. Nikitin[7]) hält eine vollständige Heilung der Kehlkopftuberkulose nur bei Stillstand des Lungenprozesses für möglich. Er ist für frühzeitige Tracheotomie mit nachfolgender energischer Lokalbehandlung. Henrici[8]) hat die Tracheotomie bei drei Kindern wegen Erfolglosigkeit der endolaryngealen Behandlung und bei einer Schwangeren mit vorgeschrittener Kehlkopf- und Lungenphthise mit Erfolg angewandt. Nach Krieg[9]) ist noch immer die Galvanokaustik das souveräne Mittel zur Behandlung der Larynxtuberkulose. Cybulski[10]) empfiehlt das Menthorol wegen der zurückbleibenden lang dauernden Unempfindlichkeit besonders bei Dysphagie. Sorgo[11]) bringt reflektiertes Sonnenlicht zur Einwirkung auf tuberkulöse Larynxaffektionen und scheint damit sehr gute Erfolge erzielt zu haben.

---

[1]) Küster, 33. Vers. der deutschen Gesellch. f. Chir., Berlin 4. 04.
[2]) Steinthal, 33. Vers. der deutschen Gesellsch. f. Chir., Berlin 4. 04.
[3]) Berg, 52. Mittelrhein. Ärztetag.
[4]) Korteweg, VIII. vläm. naturwissensch. u. mediz. Kongreß, Antwerpen 04.
[5]) Mosetig-Moorhof, Wien. kl. W. 49.
[6]) Krause, Mtschr. f. Ohrenhlk. 9.
[7]) Nikitin, Petersb. med. W. 04.
[8]) Henrici, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 15. 2.
[9]) Krieg, Arch. f. Laryng. u. Rhin. 16, 2.
[10]) Cybulski, Ztschr. f. Tub. u. H. V. 3.
[11]) Sorgo, Wien. kl. W. 1.

Zur Behandlung von Lupuskranken wurde in Wien eine besondere Heilstätte eröffnet. — Morris[1]) bespricht die Lupusbehandlung während der letzten 25 Jahre. Ein Universalmittel gibt es nicht. Je nach Lage, Sitz, Ausdehnung, Alter usw. kommt ein anderes Verfahren in Betracht: bei ausgedehnten Flächen — Exzision mit nachfolgender Deckung nach Thiersch; im Gesicht Lichttherapie, in der Nase auch Radium. Auch die Lichtbehandlung sei nicht unfehlbar, habe aber bessere kosmetische Erfolge als die Stichelung und ebenso gute Dauererfolge wie Messer und Ätzmittel. Meist sei eine Kombination verschiedener Mittel notwendig. Bei ausgedehnten Flächen käme auch noch das Röntgenverfahren in Betracht; bei ganz großen Flächen auch heute noch das Messer. Dauerheilungen seien auch nach Finsen nur verhältnismäßig selten (von 65 nur 11 Fälle nach 6—24 Monaten); nebenbei sei das Verfahren sehr teuer und zeitraubend. — Dreuw[2]) hält bei der Behandlung des Lupus durch den praktischen Arzt für am zweckmäßigsten die Vereisung mit Chloräthyl, dann energisches Einreiben von mit Chlor gesättigter Salzsäure, es werde dadurch zunächst eine Verätzung herbeigeführt, sodann aber die Bildung von Granulationen und Narben angeregt.

Innere Medizin.

Einige Fälle von Herzinsuffizienz im Militärdienst.

Von Dr. R. Staehelin; I. Assistenzarzt der med. Klinik in Basel.
(Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, 19.5. Nr. 9.)

Die Arbeit behandelt Überanstrengung und akute Dilatation des Herzens in der Rekruten-Ausbildungsperiode. In der Schweiz sind die Bedingungen der Übungen dadurch besonders schwierig, daß die Leute mit einer Belastung bis 35 Kilogramm Hochgebirgstouren unternehmen müssen, welche mit weiten Märschen verbunden sind. Es werden zehn Fälle beschrieben. Fünf der Leute hatten schon vorher an Herzbeschwerden gelitten. Beim schwerbepackten Soldaten ist der Sauerstoffverbrauch fünfmal so stark, als in der Ruhe. Um ihm zu genügen, muß das Herz mit jeder Systole die doppelte Menge Blut in die Arterien fördern, gegenüber der Leistung in der Ruhe. Das kann nur ein Herz, welches über bedeutende Reservekräfte verfügt, also völlig gesund ist. Aber auch ein solches muß bei fortgesetzter Inanspruchnahme erlahmen. Es füllt sich immer stärker; entleert sich aber nicht ganz — dabei sinkt der Blutdruck, und die Bedingungen für das Zustandekommen der akuten Dilatation sind gegeben. Diese kann in den schwersten Fällen zum Tode führen. In weniger schweren kann sie andauern und bleibende Störungen hinterlassen; in den leichtesten kann sie in wenigen Stunden vorübergehen. Außer Soldaten sind Radfahrer, Turner (Athleten), Bergsteiger und Skiläufer besonders gefährdet. Von vielen Autoren wurde übrigens das Vorkommen der akuten Dilatation bei gesundem Herzen bestritten und stets das Vorhandensein von Veränderungen vorausgesetzt, zu denen überstandene Infektionskrankheiten, Alkohol, Tabak usw. ja auch Anlaß genug geben können. Doch traten gewichtige Stimmen (v. Schröter, Martius) dafür ein, daß auch ein gesundes Herz in dieser Weise erkranken könne. Dabei kann eine angeborene Schwäche der Herzmuskulatur mitsprechen, die sich der Diagnose entzieht. Für die militärärztliche Beurteilung ist es von besonderer Wichtigkeit zu wissen, ob ein Herz akut dilatiert werden könne, an dem keine vorgängige Untersuchung Regelwidriges feststellen konnte. Von den Fällen des Verf. trifft das für drei unbedingt zu. Weitere Bestätigungen erbringen die Armeeberichte und einzelne Mitteilungen von Militärärzten.

---

[1]) Morris, Lancet 22. 10. 04.
[2]) Dreuw, Berl. kl. W. 47.

In den vorliegenden Beispielen wirkten zudem eine Reihe von Schädlichkeiten zusammen, die wohl auch ein vorher gesundes Herz durch Überanstrengung krank machen können. Zunächst das Bergsteigen. Das Steigen von 100 m erfordert schon soviel Arbeit, wie ein Marsch von 1 km in der Horizontale. Zugleich steigert das Balanzieren einer Traglast die Muskelarbeit. Dazu kommt das Höhenklima. Der Dienst vollzog sich bei den Rekruten des Verf. in Höhen von 1400—1800 m; doch wurde auch in Höhen bis zu 3000 m geübt. Nach verschiedenen Untersuchungen Schweizer Ärzte ist schon bei 1400 m Höhe eine deutliche Pulsbeschleunigung zu merken. In der sauerstoffarmen Atmosphäre wird auch die Atmung schwieriger; ein Moment, welches auf das Herz mit seinem durch die Arbeit erhöhten Sauerstoffbedürfnis ganz besonders ungünstig einwirken muß. Alle diese Umstände vereinigen sich, um die Überanstrengung und Dilatation des Herzens im Gebirge eher herbeizuführen, als beim Dienst in der Ebene.

Die ersten Zeichen der Störung können unter so verschiedenen Erscheinungsformen auftreten, daß dem Militärarzt die Pflicht erwächst, jeden Mann auf den Zustand des Herzens zu untersuchen, der zu klagen beginnt. Dabei empfiehlt es sich stets, einen Gesunden zum Vergleich heranzuziehen. (Auf dieses Verfahren habe ich schon vor Jahren hingewiesen und es in meinem Dienstbereich stets durchführen lassen. Ref.) Prognose und Behandlung sollen vorsichtig sein. Geht die Dilatation nicht in wenigen Stunden zurück, so gehört der Erkrankte ins Hospital, — jedenfalls ist er von der Übung zu entfernen. Die Prophylaxe weist auf einen richtig geleiteten Training hin. Hierin hat der Arzt dem ausbildenden Offizier gegenüber nicht immer eine angenehme, stets aber eine nützliche Aufgabe. Auch daß nach den statistischen Sanitätsberichten die Herzaffektionen in allen Armeen in dauernder Zunahme begriffen sind, zeigt, daß die jetzige Truppenausbildung eine viel größere Leistungsfähigkeit verlangt, als die frühere. Dem muß der Gang der Ausbildung angepaßt werden.

Auf die interessanten Darlegungen des Verf. über die physikalische Untersuchung und über die historische Entwicklung der Lehre von der Überanstrengung des Herzens einzugehen, erlaubte der Raum nicht. Es ist eine ausgezeichnete Arbeit. Ihre Lektüre ist jedem Arzt zu empfehlen, namentlich jedem, in dessen Klientel sportmäßige Körperübungen getrieben werden.

Ktg.

Les contusions du Poumon.

Von Dr. P. Claisse.

(Journ. méd. de Bruxelles. 1905, Nr. 24.)

Verfasser behandelt nur die Kontusionen ohne schwere äußere Verletzungen und Zertrümmerungen des Brustkorbes. Es kommen zunächst die unmittelbaren Folgen in Betracht. Das können Risse im Lungengewebe mit Blutungen sein. Sie äußern sich durch Blutauswurf, dessen Menge und Bedeutung mit der Größe der Verletzung wächst. Außerdem kommen Kongestionen zur Lunge vor. Als ihre Zeichen gelten leichte Schallverkürzung mit feinem Rasseln ohne Temperatursteigerung; Erscheinungen, die in wenigen Tagen schwinden. Unter den indirekten Folgen stehen obenan die Kontusionspneumonien. Sie beginnen zwei bis vier Tage nach dem Unfall; das Fieber setzt allmählich ein; der Initialfrost fehlt in ca. 90%. Der Auswurf ist weniger charakteristisch als bei der genuinen Pneumonie; oft ist er lediglich die Fortsetzung des anfänglichen, durch die Verletzung bedingten Blutauswurfs. Sehr bedeutend tritt Schmerz und Adynamie hervor. Die Vorhersage ist im ganzen ungünstig, die Mortalität groß. Seltener treten Bronchopneumonien von begrenztem Umfange nach Kontusionen auf. Beide Formen können sich mit Pleuritis, Lungenabszeß und Gangrän komplizieren. — Unter den Spätfolgen ist die wichtigste die Tuberkulose. Der Boden für die leichtere Infektion mit Tuberkelbazillen ist dadurch vorbereitet, daß ein Lungenabschnitt durch die Quetschung auf längere Zeit mit Blut gefüllt und zur Untätigkeit verdammt wird. Auch können alte Herde durch die Verletzung mobilisiert werden.

Verfasser stellt die Prognose nach Lungenquetschungen immer vorsichtig. Neben absoluter Ruhe und Eis läßt er gleich in den ersten Tagen eine peinliche Antiseptik des Mundes durchführen. Auch bei verhältnismäßig leichten Fällen läßt er nach Aufhören aller Symptome mindestens noch acht Tage Schonung von der Arbeit eintreten und mehrere Wochen Vorsicht in Nahrung, Genußmitteln, Aufenthaltsort beobachten, um die späteren Folgen der Quetschung möglichst zu verhüten. Ktg.

Untersuchungen an Ringkämpfern.

Von Dr. R. Lennhoff und Dr. Levy-Dorn in Berlin.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 869.)

Zur Lösung der Frage, ob nach einer großen Anstrengung eine akute, schnell vorübergehende Herzdilatation möglich sei, unternehmen die Verfasser perkutorische und orthodiagraphische Herzbestimmungen an Preisringern unmittelbar vor und nach den Kämpfen. Mehrmals ergab die Perkussion nach dem Kampf eine größere Dämpfung als in der Ruhe; in keinem Falle ließ sich aber durch das Röntgenverfahren eine Zunahme des Herzumfanges bestätigen. Auch das schon vorher vergrößerte Herz eines der Preisringer zeigte nach dem Kampf keine Umfangszunahme. Dieses negative Ergebnis steht im Einklange mit dem von Levy-Dorn vor einigen Jahren an dem Sieger im Wettmarsch Dresden-Berlin erhobenen Befunde. — Bei sechs Ringern wurde nach der Arbeit vorübergehender Eiweißgehalt des Urins gefunden und in einem Falle, in dem er schon vorher bestand, eine Vermehrung des Albumens auf das dreifache. Ferner zeigte die Körpertemperatur $1/2$ Stunde nach dem Kampf eine Steigerung bis 38,8; während vorher keiner der Ringer mehr als 36,7 bot. Ktg.

Wie ist bei Untersuchungen, besonders bei Gutachten, die Herzspitze topographisch zu bestimmen?

Von Gen.-Ob.-A. a. D. Dr. A. Kirchner in Göttingen.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 21. S. 819.)

Der von Goldscheider aufgestellte Grundsatz, die Lage der Herzspitze nicht mehr nach der Mamillar-, sondern nach der Mittellinie des Körpers zu bestimmen, verdient allgemeine Einführung. Denn die Entfernung der Brustwarze von der Mittellinie schwankt erheblich; von 9—13 cm. Gerade bei großen und kräftigen Männern mit starkem Herzvolumen kann diese Entfernung klein sein. Dann reicht die linke Herzgrenze 0,5 bis 2 cm nach links über die Mamillarlinie hinaus, ohne daß dies als Ausdruck eines pathologischen Zustandes anzusehen wäre. Die Annahme der Mittellinie für die Bestimmung der Herzspitze setzt an die Stelle einer schwankenden eine unveränderliche Grenze. Die Entfernung der linken Dämpfungsgrenze von ihr beträgt nach Goldscheider in der Ruhe 9—10, bei tiefster Exspiration 11—12 cm; nach Verf. 10,5—12 cm. Die Perkussion muß leise sein und ist entweder in sagittaler Richtung (Goldscheider) oder in radiärer (Kirchner) vorzunehmen, was in Gutachten anzugeben wäre. Ktg.

Ein Fall von traumatischer Lungengangrän.

Von Dr. Kulenkamp in Wandsbek.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 871.)

Am 17. 8. 04 stürzte ein 44jähriger Kutscher infolge Schwindelanfalles vom Wagen, war $1/2$ Stunde bewußtlos und klagte dann über allgemeine Schmerzen. Doch waren außer einer unbedeutenden Kopfwunde und einigen Hautabschürfungen

keine Verletzungen zu konstatieren, namentlich nicht am Thorax und an den Lungen. Patient nahm nach 3 Tagen die Arbeit wieder auf, mußte sie aber bald wieder unterbrechen, da er sich elend fühlte. Nach ca. 2 Wochen Fieber, Bruststiche und Beginn von übelriechendem, nicht blutigem Auswurf. Nach 6 Wochen allmählicher Verschlimmerung erschienen im Sputum Fetzen von Lungengewebe; aber erst Ende Oktober, also rund 10 Wochen nach dem Unfall, war R. H. U. Dämpfung und klingendes Rasseln deutlich. Am 4. 11. Exitus. Bei der Sektion wurde der gangränöse Herd im rechten Oberlappen gefunden, von der Größe einer doppelten Walnuß. Der ursächliche Zusammenhang mit dem Unfall war nicht strikt zu beweisen; wird aber — d. E. mit Recht angenommen. In der Literatur wird darauf hingewiesen, daß Brustkontusionen schwere Verletzungen der Lunge herbeiführen können, ohne daß die Thoraxwand Spuren eines Traumas aufweist und ohne daß Hämoptoë eintritt. Der Fall ist ein interessanter Beitrag zu dem vielgestaltigen Kapitel der Brustquetschungen. Ktg.

Die Arteriosklerose bei dem Ersatz des Füsilier-Regiments Nr. 38.

Von Ob.-St.-A. Dr. Drenkhahn in Glatz.
(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Nr. 7.)

Vereinzelte Beobachtungen von Herzbeschwerden bei Arteriosklerose veranlaßten Verfasser, die Mannschaften seines Truppenteils auf den Zustand ihrer Arterien genauer zu untersuchen. 33 Mann von 256 im Herbst 1904 Eingestellten ließen Zeichen von Arteriosklerose erkennen. Davon hatte einer das Leiden in stärkerem Grade, die andern weniger, zum Teil nur angedeutet. Alle waren Oberschlesier. Ihr bürgerlicher Beruf gab keinen Anhalt für die Entstehung der Krankheit; über die Lebensgewohnheiten vor dem Eintritt wird nichts mitgeteilt; ebensowenig über Alkoholgenuß in der Kindheit und Entwicklungsperiode. Angesichts dieser Unvollständigkeit ist die — in der Armee bis jetzt vereinzelt stehende Beobachtung für die Geschichte der Arteriosklerose nicht recht verwendbar, verdient aber Aufmerksamkeit und Nachprüfung. Ktg.

(Aus dem Röntgenlaboratorium des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien.)

Die radiologische Untersuchung des Magens.

Von Dr. Holzknecht und Dr. Brauner.
(Wiener klinische Rundschau 1905, Nr. 16, 18, 19, 21, 22, 23.)

Da die Gewebe des Magens für Röntgenstrahlen in gleicher Weise durchlässig sind, wie ihre Umgebung, so gelingt es nicht ohne weiteres, sich mittelst der Durchleuchtung oder Röntgenographie ein Bild von der Größe und Form des Magens zu verschaffen. Man hat daher, um die Grenzen des Magens zu erkennen, versucht, künstlich Dichtigkeitsdifferenzen zwischen beiden Teilen zu schaffen und zu diesem Zweck entweder lichtundurchlässige Körper, Magenschlauch, Wismut usw. in den Magen eingeführt oder durch Aufblasen eine größere Durchlässigkeit für die Strahlen erzielt.

Die Verfasser haben diese Methode weiter ausgebildet. Sie erreichen die Differenzierung des Magens gegen die angrenzenden Organe durch Verabreichung von Wismutbissen, Wismutaufschwemmung, von Reisbrei, der mit Wismut versetzt ist, sowie durch Aufblähen mittels eines Brausepulvers. Die Untersuchung wird in verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen im Liegen und Stehen, bei Inspiration und Exspiration vorgenommen.

Mit Hilfe der Methode bekommt man Anschluß über den nüchternen, den belasteten und den aufgeblähten Magen, vermag die Grenzen des ganzen Magens oder einzelner Teile zur Anschauung zu bringen und seine Lagebeziehungen zu der Umgebung festzustellen. Man kann den Weg, den der Bissen im Magen nimmt, sowie seinen Austritt aus dem Pförtner verfolgen; auch die peristaltischen Bewegungen des Magens sind deutlich zu erkennen. Besonders wertvolle Aufschlüsse gibt die Methode über wurmbewegende Prozesse, Karzinom, Narbenbildung nach Geschwüren, Sanduhrmagen usw. Niehees-Berlin.

Über die im Gefängnis Düsseldorf-Derendorf beobachteten Hautödeme unbekannten Ursprungs.

Von Dr. Eschweiler in Düsseldorf.
(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 870.)

E. sah seit zwei Jahren 17 Fälle von Hautödem bei Männern von 17 bis 59 Jahren. Die Leute waren gesund eingeliefert. Das Leiden begann an den Füßen und Unterschenkeln, ergriff dann die Oberschenkel und erstreckte sich allmählich in abnehmender Intensität über den Rumpf bis in das Gesicht. Dabei bestanden Kopfschmerz und gastrische Störungen, sowie Verlangsamung des Pulses bis auf 48; aber kein Fieber. Diät und Bettruhe beseitigten die Erscheinungen in fünf Tagen bis sechs Wochen. Jeglicher ätiologische Anhalt fehlte; namentlich waren Herz-, Nieren- und Lebererkrankungen auszuschließen. Die Wiederholung des Leidens bei einigen zu einer abermaligen Strafe eingelieferten Männern ließ eine örtliche Ursache vermuten. Nie trat die Störung bei Gefangenen auf, die zu einer Beschäftigung gebraucht wurden, welche ihnen Bewegung erlaubte. Alle Befallenen waren mit dem Sortieren usw. von Lakritzenpastillen beschäftigt und hatten dabei andauernd still zu sitzen. Da eine Giftwirkung des Stoffes undenkbar war, so wurde der Beeinträchtigung der Zirkulation durch das angestrengte Sitzen und den Wegfall der gewohnten Körperbewegung der Haupteinfluß zugeschrieben. Die Sache bleibt d. E. dunkel. Es scheint die naheliegende Probe nicht gemacht zu sein, ob das Leiden verhütet oder im Beginn zurückgegangen wäre, wenn man die Beschäftigung der Gefangenen geändert hätte. Auch würde abzuwarten sein, ob in andern Gefängnissen ähnliche Erscheinungen bei Gefangenen beobachtet sind, die bei ihrer Arbeit andauernd sitzen müssen. Ktg.

Über die Einwirkung von Magensaft auf Typhuskeime.

Von Oberstabsarzt Dr. Hammerschmidt.
(Vierteljschr. f. gerichtl. Med. und öff. San.-Wesen. 3. Folge. 30. Bd. 1. Heft. [Jahrg. 1905. 3. Heft.])

Verfasser hat vor einiger Zeit in der deutschen militärärztlichen Zeitschrift eine Typhusepidemie im 49. Regiment beschrieben,*) die sich dadurch auszeichnete, daß nach dem Genuß von Wasser aus einem verdächtigen Brunnen eine Reihe von Mannschaften erkrankte, welche noch 6 km Marsch bis zu ihrem Quartier hatten; während vier andere frei blieben, die in dem infizierten Hause selbst, unmittelbar neben dem Exerzierplatz einquartiert waren. — Nach den vom Verfasser zitierten Angaben von Tapeiner nimmt der Magen kein Wasser auf. Es geht unverändert ins Duodenum, wo Typhusbazillen bereits günstigen Boden für die Vermehrung finden. Im Gegensatz hierzu wird bei gemischter Nahrung stark Magensaft abgesondert, in dem Typhusbazillen zugrunde gehen, wenn er nicht zu stark verdünnt ist. Von dieser Überlegung ausgehend, stellte Verfasser Versuche mit dem Magensaft von Schweinen an, (menschlicher war nicht zu haben) und fand, daß bei mehrständiger Einwirkung eine Verdünnung von eins zu vier noch genügte, die Vermehrung von Typhusbazillen anzuhalten. Darauf wird die Erklärung für das Freibleiben jener vier Leute aufgebaut. Sie setzten sich unmittelbar nach dem Trinken zu Tisch; ihr Magensaft vernichtete die Ansteckungskeime. Die Andern hatten nach dem Trunk noch eine gute Stunde Marsch,

*) Siehe frühere Besprechung in dieser Zeitung.

kamen stark angestrengt ins Quartier — was die Absonderung des Magensaftes hindert — und erhielten erst dann ihr Essen. Die Bazillen mußten also bereits zum Teil in den Darm gelangt sein und dort wirken. Daß durch feste oder koagulierende Nahrungsmittel, wie rohe Gemüse, Salat, Milch usw. Typhus aufgetreten ist, erklärt H. aus deren Wassergehalt, der den Magensaft zu sehr verdünnt, als daß er seine bakterienfeindliche Wirkung voll entfalten könnte. Darin liegt die Schwäche der Deduktionen des Verfassers. Die vier freigebliebenen Leute in dem angeblich infizierten Hause haben sicherlich Gemüse zu ihren Malzeiten genossen; wahrscheinlich auch Salat oder Milch; jedenfalls aber von dem verdächtigen Wasser noch beim Essen getrunken, also ihren Magensaft keineswegs konzentriert erhalten, sondern ihn gehörig verdünnt. Ehe diese Umstände nicht aufgeklärt sind, muß dem Vorbehalt der Redaktion beigetreten werden, welche von dem geschilderten Hergang nicht so überzeugt ist, wie der Verfasser. Ktg.

Ein für die Praxis geeignetes Besteck zur Anstellung der Gruber-Widalschen Reaktion mit dem Fickerschen Typhusdiagnostikum.

Von Oberarzt Dr. Martineck in Posen.
(Sonderabzug aus Nr. 15 der Münch. med. Wochenschr. 1905.)

Beschreibung und Abbildung eines kompendiösen Besteckes zur Vornahme der genannten Reaktion. In einem Kästchen sind sieben Spitzgläschen zur Aufnahme des Blutes; eine Lanzette, zwei Pipetten und drei Gläser für Fickersches Reagens und Kochsalzlösung vereinigt. Das Besteck wird von Müncke in Berlin für 6,50 M. geliefert. Eine genaue Gebrauchsanweisung liegt bei. Ktg.

Vergiftungen.

Über akute multiple Hautgangrän nebst Untersuchungen über durch rohe Salzsäure hervorgerufene Nekrosen.

Von Karl Zieler.
(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 2.—4. Heft.)

Bekanntlich ist multiple Hautgangrän oft genug ein Kunstprodukt, das der Kranke sich selbst beigebracht hat. Die mikroskopische Untersuchung kann hier die Entscheidung bringen, da bei echter akuter multipler Hautgangrän jede Andeutung einer von der Hautoberfläche kommenden Einwirkung fehlt. Anders bei der Salzsäurenekrose. Die vom Papillarkörper ausgehenden Veränderungen sind nur die Reaktion auf den von außen wirkenden Reiz; vorwiegend sind die äußersten Schichten der Haut beteiligt. Schultze.

Über tödlich verlaufende Quecksilberdermatitiden.

Von H. Meyer.
(Medizinische Klinik, April 1905, S. 461.)

Wenn auch leichtere Formen von Quecksilberexanthemen keine Seltenheit darstellen, so sind doch die schwer verlaufenden, merkuriellen Dermatitiden die zu lebensbedrohenden und selbst tödlichen Komplikationen führen, ein in Anbetracht der so häufigen Anwendung des Merkur recht seltenes Vorkommnis.

Der beschriebene Krankheitsfall betrifft eine Frau, die vom Arzt mit einer Schmierkur behandelt, mit einer schweren universellen, skarlatiniformen Quecksilberdermatitis am 30. Oktober 1904 in die dermatologische Klinik in Kiel überführt wurde und dort am 8. November verstarb. Sie hatte 30 Inunktionen mit grauer Salbe ohne Beschwerden ertragen. Da keine genügende Wirkung eintrat, wurde sodann als Salbenkonstituens Mollin angewandt. Nach drei Inunktionen mit der neuen Salbe trat Jucken ein und bei Fortsetzung der Einreibungen ein großfleckiger Hautausschlag, der sie veranlaßte, zum Arzt zu schicken. Die Einreibungen wurden nun sistiert, trotzdem schritt das Exanthem über den ganzen Körper und es kam zur Blaseneruption mit starkem Nässen und da nach 14 Tagen noch keine Besserung eintrat, kam sie ins Krankenhaus. Dort nahm nun die Krankheit einen rezidivierenden Verlauf. Das ganze Krankheitsbild setzt sich aus vier unter sich gleichen und in ihrem Verlauf ganz typischen Anfällen zusammen. An jedem solcher Anfälle konnte man ein Prodromalstadium unterscheiden, welches sich durch allgemeines Krankheitsgefühl, Unbehagen und Juckreiz auszeichnete. Auf dieses kurze Stadium folgte unter Steigerung der Symptome das Stadium der Eruption. Unter Anstieg der Temperatur erschienen große dunkelrote Flecken, die Haut wird ödematös, es bilden sich miliäre Bläschen mit anfangs hellem, dann trübem Inhalt.

Mit dem Beginn des dritten Stadiums, des desquamativen, geht die Temperatur herunter, die Haut wird blaß, die nässende Fläche trocknet ein und es machte sich nun in den ersten Anfällen eine mehr kleinförmige, dann gegen das Ende des Krankheitsverlaufes mehr großlamellöse Abschuppung der Epidermis geltend.

Wenn man die Vorgeschichte des Falles nicht kennte, würde man annehmen, daß es sich hier um Injektionen unlöslicher Quecksilbersalze gehandelt hätte und das von einem Depot aus immer wieder Quecksilber in die Blutbahn gelangte. Hier war aber nie eine Injektion angewandt, sondern nur die immer noch als weit ungefährlicher angesprochene Form der Einreibungen. Es geht hieraus wohl zur Genüge hervor, daß es nicht immer die Methode zu sein braucht, die die Unglücksfälle herbeiführt, sondern daß in sehr vielen Fällen einzig und allein das Quecksilber das verderbenbringende Agens darstellt.

Das Quecksilber ist in unserem Organismus für das lebende organische Gewebe ein Reiz. Bei der Einreibung minimaler Quecksilberdosen im Körper, führt dieser Reiz zu einer Steigerung der Lebensäußerung der Organe, wie wir im Beginn der Quecksilberkur an der vermehrten Drüsensekretion an der durch Anregung der blutbildenden Organe bewirkten Vermehrung der roten Blutkörperchen direkt erkennen können. Überschreitet der Reiz jedoch seine physiologische Breite, dann kommt es zu einer pathologischen Steigerung der Lebenstätigkeit und es entwickeln sich die pathologischen Reizwirkungen. Das Quecksilber übt einen lojalen Reiz auf die Ganglien in den Gefäßwandungen der Haut aus. Ob nun die Fernwirkung und Generalisierung des Prozesses sich durch einen reflektorischen Akt erklärt oder aber ob eine Verbreitung des Quecksilbers auf dem Wege der Blutbahn erfolgt, ist nicht immer mit Sicherheit zu entscheiden. J. Meyer-Lübeck.

Todesfall nach Anwendung der offizinellen Borsalbe bei einer Brandwunde.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905. Nr. 22. S. 879.)

Prof. Harnack in Halle gibt auf Ansuchen der Redaktion eine bemerkenswerte Epikrise zu der Mitteilung des Dr. Dopfer in Nr. 18 der Wochenschrift über die in Rede stehende Vergiftung. H. hält die offizinelle Borsalbe keineswegs für harmlos; namentlich nicht, wenn sie auf krankhaft veränderte, leicht zerfallende Gewebe appliziert wird. Der Fall, in welchem es sich um ein zweijähriges Kind, eine Resorptionsfläche von 36 qcm und 8 gr der Salbe handelte, bestätigt, daß das Hautgebiet wegen des unmittelbaren Überganges in die Blutzirkulation für Giftwirkungen viel gefährlicher ist, als der Intestinaltraktus. H. führt noch ein Beispiel an, in welchem Tanninumschläge mit folgendem Baden in einer Lösung von Kali hypermanganicum bei einem Falle von lokalem Ekzem zu einer schweren Pyrogallolvergiftung Anlaß gaben. Ktg.

Vergiftung mit Perubalsam mit tödlichem Ausgange.

Von Dr. Deutsch in Neuhaus i. W.

(Zeitschr. f. Med.-Beamte 1905, Nr. 13.)

Verf. übernahm einen Knaben, der in tiefem Koma lag, ausgedehnte Oedeme und die äußern Zeichen verbreiteter Krätze aufwies. Im Urin Eiweiß und Zylinder. Tod am selben Tage. Die Obduktion ließ außer zahlreichen Krätzgeschwüren parenchymatöse Nephritis erkennen. Der Vorgang wurde vor Gericht, wie folgt, aufgeklärt. Ein Kurpfuscher hatte für den Knaben und seine drei Geschwister gegen Krätze erst eine Einreibung mit Schmierseife, danach Perubalsam verordnet; von letzterem 30 g für alle vier. Nach dreimaliger Einreibung zeigten sich zuerst bei dem später Verstorbenen, dann auch bei zwei Geschwistern Oedeme und Verminderung der Urinsekretion. Der Kurpfuscher verordnete Abführmittel. Die Mutter der Kinder holte den Arzt erst, als der älteste Knabe bewußtlos wurde. Bestrafung des Kurpfuschers erfolgte wegen der Fahrlässigkeit in Anbetracht der Nierenerkrankung; der Krätzbehandlung konnte kein Vorwurf gemacht werden. Man sieht indes, daß Perubalsam kein harmloses Mittel ist. Die hier von den zahlreichen Krätzgeschwüren aus erfolgte Resorption mahnt zur Vorsicht bei der neuerdings wieder warm empfohlenen Verwendung des Balsams in der Wundbehandlung. Ktg.

Ein Beitrag zum Codeïnismus.

Von Dr. Pelz, Assistenten der psychiatr. Univers.-Klinik in Königsberg.

(Dtsch. med. Woch. 1905, Nr. 22 S. 864.)

Ein erblich belasteter, neurasthenischer Patient gewöhnte sich seit 1902 nach einem Selbstmordversuch an Codeïn, welches ihm von einem Nervenarzt zu 0,033 täglich dreimal, verordnet worden war. Patient steigerte die Gabe ziemlich schnell bis auf 1,65 täglich, nahm aber auch Veronal daneben, 0,5 bis 1 täglich. Dabei kam er immer mehr herunter; die Nahrungsaufnahme war minimal; das Gewicht fiel auf 49 kg. Das Sensorium zeigte schließlich andauernd einen gewissen Grad von Benommenheit. Die Entziehungskur war von starker Reaktion begleitet; namentlich hinderte anfangs andauerndes Erbrechen den Wiedergewinn der Kräfte. Doch wurde in fünf Wochen ein günstiger Erfolg erzielt. Verfasser zieht aus dem Fall den berechtigten Schluß, daß bei psychopathisch veranlagten Menschen äußerste Vorsicht in der Verordnung narkotischer Mittel geboten ist; zumal auch hier wieder der Beweis zu liefern war, daß es nicht möglich ist, die wiederholte, auch vergrößerte Abgabe differenter Mittel aus Apotheken wirksam zu verhindern. Ktg.

Aus Vereinen und Versammlungen.

XXII. Hauptversammlung des Preußischen Medizinalbeamtenvereins April 1905 in Hannover.

(Nach dem offiziellen Bericht).

Dr. Haase-Danzig: Der preußische Wohnungsgesetzentwurf vom gesundheitlichen Standpunkt.

Der Gesetzentwurf bedeutet einen einschneidenden sozialhygienischen Fortschritt und scheint geeignet, die wesentlichen zur Zeit vorhandenen gesundheitlichen Mißstände im Wohnungswesen zu beseitigen. Um die Errichtung neuer, die Gesundheit der Bewohner gefährdender Wohnräume zu verhüten, ist es notwendig, daß die Angehörigen der Bautechnik und des Bauhandwerks neben ihrer spezialtechnischen auch die erforderliche hygienische Ausbildung erfahren und daß bei der Abfassung von Bauordnungen außer dem Juristen und Techniker auch der Hygieniker gleichwertig beteiligt wird.

Verfasser hält es für wünschenswert, in das Gesetz nachfolgende Zusätze bzw. Änderungen aufzunehmen:

a) öffentlich angelegte oder im Stadtbebauungsplan vorgesehene Plätze dürfen durch spätere Bebauung nicht verkleinert werden;

b) um die Errichtung von Hofwohnungen möglichst einzuschränken und möglichst große Hofflufträume innerhalb geschlossener Baublocks zu gewährleisten, ist die Festsetzung einer rückwärtigen Baufluchtlinie erstrebenswert;

c) die zu Wohn- und Schlafzwecken, auch Küchen zugelassenen Räume sind im Baukonsens ausdrücklich als solche zu bezeichnen;

d) in der Wohnungsordnung ist in § 4 Ziffer 1 statt: „Die Wohn- und Schlafräume, auch Küchen, dürfen nicht baulich verwahrlost und nicht in gesundheitschädlicher Weise feucht sein“ zu setzen: und usw. oder nicht in gesundheitsgefährdendem Zustand sein;

e) in demselben § 4 Ziffer 3 neben dem Mindestluftraum von 10 cbm und der Mindestbodenfläche von 4 qm pro Person eine Mindestraumhöhe von nicht unter 2,5 m festzusetzen;

f) Wohnungsordnung und Wohnungsaufsicht sind für Stadt und Land unabhängig von der Bewohnerzahl obligatorisch einzuführen.

Der Entwurf bestimmt, daß für Gemeinden und Gutsbezirke mit mehr als 10000 Einwohnern solche Wohnungsordnungen erlassen werden müssen, für kleinere Gemeinden und Gutsbezirke dagegen nur erlassen werden können. Die fakultative Überlassung der Aufstellung einer Wohnungsordnung hieße die gesundheitlichen Zustände der kleineren Städte und des Landes, welche so wie so nicht an diejenigen, der aus eigener Initiative hygienisch vorwärts strebender größerer Städte heranreichen, willkürlich und ohne hinreichenden Grund in der auch ihnen notwendigen Entwicklung aufhalten.

Kreisarzt Dr. Krohne, Düsseldorf: Die Verhütung und Bekämpfung des Kindbettfiebers. 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins zu Hannover, April 1905, pg. 6.

Nach einer Statistik, die Verfasser auf Grund einer von 226 Kreisärzten beantworteten Rundfrage aufgestellt hat und die 1850000 Entbindungen in den Jahren 1901—1904 umfaßt, betrug die Zahl der Krankheitsfälle 7983, davon 2826 mit tödlichem Ausgang. Es kommt also auf 231 Entbindungen ein Fall von Kindbettfieber und auf 653 Entbindungen ein Todesfall an Kindbettfieber. Nach den einzelnen Jahren gruppiert, zeigt die Zahl der Todesfälle eine deutlich steigende Tendenz. 1901 kam ein Todesfall an Kindbettfieber auf 696 Entbindungen, 1904 ein Fall bereits auf 617. Die Frage nach der ärztlichen Leitung der Entbindung ließ sich nur in 1496555 Fällen feststellen. Von diesen wurden 103225, also etwa jede 14. Entbindung ärztlich geleitet oder durch Kunsthilfe beendigt, dabei fanden 2306 Fiebererkrankungen statt. Es kamen bei den ausschließlich von Hebammen geleiteten Entbindungen auf 362 Entbindungen ein Krankheitsfall, bei Beteiligung der Ärzte auf 44 Entbindungen eine Erkrankung.

Die Ansicht, daß weitaus die häufigste Ursache des Wochenbettfiebers in einer unzureichenden Reinlichkeit der Hebammen zu suchen sei, ist also in dieser apodiktischen Form nicht haltbar.

Einer der wundesten Punkte in der Verhütung und Bekämpfung des Kindbettfiebers ist die häufige Unterlassung der Kindbettfieberanzeige seitens der Ärzte und Hebammen. Für die Hebammen besteht jetzt nur die Verpflichtung zur Anzeige bei Kindbettfieber. Verfasser wünscht die Verpflichtung auch auf den Kindbettfieberverdacht ausgedehnt zu sehen. Als Kindbettfieber im Sinne des Gesetzes betreffend die Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten muß jedes Fieber im Wochenbett

gelten, bei dem ein Zusammenhang zwischen Fieber und voraufgegangener Entbindung nicht mit Sicherheit ausgeschlossen werden kann.

Für die Hebammen ist nicht nur eine gründliche Ausbildung erforderlich, sondern es erscheint ebenso wichtig eine immer wieder erneute Auffrischung des einmal gewonnenen Wissens. Daß läßt sich am besten erreichen durch die Forderung, daß alle Hebammen bis zu ihrem 45. Lebensjahre mindestens alle fünf Jahre an einer Hebammenlehranstalt einen mehrwöchentlichen Wiederholungskursus durchmachen müssen. Im engsten Zusammenhang damit steht eine bessere Fürsorge für die wirtschaftliche Stellung der Hebammen. Damit die dem Kreisarzt zustehende Befugnis, einer Hebamme gegebenenfalls die Ausübung ihres Berufes für mehrere Wochen zu untersagen, nicht dazu beiträgt, daß die Hebamme aus Furcht vor einer ihr drohenden Erwerbsschädigung etwaige Erkrankungen an Kindbettfieber verheimlicht, empfiehlt es sich dringend, daß die Hebamme für die angeordnete Unterbrechung ihrer Tätigkeit eine angemessene Entschädigung erhält.

Kreisarzt Dr. Romeick, Mohrungen: Die praktische Durchführung der Desinfektion auf dem platten Lande.

Nach den bisher gewonnenen praktischen Erfahrungen hält der Vortragende auch auf dem platten Lande die Desinfektion in wirksamer Weise für durchführbar. Sie ist sanitätspolizeilich anzuordnen bei jedem angezeigten Fall von Unterleibstyphus, Ruhr, Diphtherie, Scharlach, Lungen- und Kehlkopftuberkulose; die Wohnungsdesinfektion bei Tuberkulose jedoch nur nach erfolgtem Tode oder Wohnungswechsel. Zur amtlichen Kontrolle der Desinfektion während des Verlaufes der Seuche sind von den Kreisen möglichst viele Desinfektionsaufseher anzustellen, mindestens einer für jeden Amtsbezirk; zur Ausführung der Wohnungsdesinfektion nach Ablauf der Seuche dagegen nur wenige (zwei bis drei), in zweckmäßiger Entfernung von einander stationierte Wohnungsdesinfektoren. Die Ausrüstung der Desinfektionsaufseher besteht in Lehrbuch, Dienstanweisung und Tagebuch. Für jeden Desinfektor ist dagegen außerdem noch Gerät zur sogenannten einfachen Desinfektion und ein Formalinapparat zu beschaffen, sowie ein Dampfdesinfektionsapparat an seinem Stationsorte aufzustellen. Die Bezahlung der Desinfektionsaufseher hat nach Einzelleistung aus den Amtskassen zu erfolgen. Die Bezahlung der Wohnungsdesinfektoren hat in einem festen und für jede Desinfektionsart gleichen Tagegelde, nebst freier Reise, freier Verpflegung und freier Lieferung sämtlicher Desinfektionsmittel zu bestehen; sie ist etwa zu gleichen Teilen von der Gemeinde und dem Kreise zu tragen.

Der Kreisarzt hat die Desinfektionsaufseher und insbesondere die Wohnungsdesinfektoren möglichst häufig unvermutet zu kontrollieren und sie in regelmäßigen Zeitabschnitten (alle 2 bis 3 Jahre) nachzuprüfen.

Professor Dr. Puppe, Königsberg und Amtsgerichtsrat Dr. von Ihering, Hannover: Die gerichtsärztliche Beurteilung der Kurpfuschereidelikte.

Offizieller Bericht der 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizinalbeamtenvereins Hannover 1905, pg. 70.

Als Kurpfuschereidelikte erklärt Puppe Verstöße nicht approbierter Heilbeflissener gegen Strafgesetze bei Ausübung des Heilgewerbes. Juristisch qualifizieren sich diese Verstöße als fahrlässige Tötung oder fahrlässige Körperverletzung.

Fehler gegen anerkannte Regeln der Heilkunde sind von gewerbsmäßigen Kurpfuschern nach einer Entscheidung des Reichsgerichts ebenso zu betrachten wie von Ärzten. Kurpfuschereidelikte können ferner bestehen in Täuschungshandlungen mannigfacher Art wie z. B. betrügerische Heilversprechungen, betrügerische Untersuchungen, z. B. Gesichtsausdruckskunde, betrügerische indifferente Behandlung, z. B. Magnetismus bei organischen Erkrankungen. Juristisch kommen hier Betrug und unlauterer Wettbewerb in Frage. In subjektiver Hinsicht ist in solchen Fällen die Schuldfrage stets zu bejahen, wenn bei den Angeschuldigten nicht psychiatrische Defekte in der Sphäre der Intelligenz und des Urteils zu ermitteln sind. Von sonstigen Kurpfuschereidelikten kommen in Frage: Führung arztähnlicher Titel, Abgabe von Arzeneien, die dem freien Verkehr nicht überlassen sind, Ausübung der Heilkunde im Umherziehen, betrügerische Reklame und Ankündigung von Mitteln, die gesundheitsschädlich sind oder denen eine ihnen nicht innewohnende Wirkung beigelegt ist.

In Fällen der Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit durch Kurpfuscher, in denen eine üble Wirkung der Behandlung aus irgendeinem Grunde nicht eingetreten ist oder nicht festgestellt werden kann, versagen die bestehenden gesetzlichen Bestimmungen.

Der Amtsgerichtsrat von Ihering hält im allgemeinen die bestehenden Gesetzesvorschriften im Kampfe gegen die Kurpfuscherei für ausreichend, empfiehlt aber dringend eine Ausdehnung der im § 35 der Gewerbeordnung für die Drogisten gegebenen Vorschrift über die Untersagung des Gewerbebetriebes auf nicht ärztlich approbierte Personen, welche gewerbsmäßig die Heilkunde ausüben. Nach diesem Paragraph ist derHandel mit Drogen und chemischen Präparaten, die zu Heilzwecken dienen, zu untersagen, wenn die Handhabung des Gewerbebetriebes Leben und Gesundheit gefährdet. Ist die Verurteilung erfolgt, so kann die Landeszentralbehörde oder eine andere von ihr zu bestimmende Behörde die Wiederaufnahme des Gewerbebetriebes gestatten, sofern seit der Untersagung mindestens ein Jahr verflossen ist. Das Ideal, die Aufhebung der Kurierfreiheit ist nach Ansicht des Referenten nicht erreichbar, daher sollte man sich mit diesem erreichbaren Ziel begnügen, welches die Handhabe bieten würde, im Falle schwerer Versündigung des Kurpfuschers an fremder Gesundheit, ihm das Handwerk zu legen. Ferner empfiehlt er mehr als bisher seitens der beamteten Ärzte durch Besprechung geeigneter Gerichtsverhandlungen, Erläuterung amtlicher Warnungen vor schädlichen Geheimmitteln oder Mitteilung sonst bekannt gewordener krasser Fälle von Kurpfuscherei, auf die gesundheitsschädigende Gefahr des Kurpfuschertums und des Geheimmittelschwindels hinzuweisen. Bei Erhebung von Anklagen gegen Kurpfuscher ist mit besonderer Vorsicht und Umsicht zu verfahren, da freisprechende Erkenntnisse der Gerichte meist zu übermäßigen Reklamezwecken ausgebeutet werden.

Gerichtsarzt Dr. Schwabe, Hannover: Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.

(Offizieller Bericht über die 22. Hauptversammlung des Preuß. Medizin. Beamtenvereins Hannover 1905, pg. 106.)

Der Kreisarzt hat nach § 104 und 105 seiner Dienstanweisung der Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten dauernd seine Aufmerksamkeit zu widmen. Bei der Aufnahme solcher Personen in Privatanstalten hat er nach Maßgabe der bestehenden Vorschriften mitzuwirken. Die von Privatpersonen in fremden Familien untergebrachten Geisteskranken, Epileptischen und Idioten sind in Gemäßheit der in den einzelnen Bezirken bestehenden Vorschriften zu beaufsichtigen. Die dauernde Fürsorge muß naturgemäß mit der Auffindung dieser Kranken beginnen. Dazu stehen ihm drei Wege offen, erstens seine persönliche Berührung mit den Kreisinsassen bei Ortsbesichtigungen, Schulrevisionen, Sachverständigentätigkeit, bei Ausübung der Privatpraxis etc., zweitens Information durch die staatlichen und kommunalen Behörden und drittens durch das Hand in Hand-Arbeiten mit den leitenden Ärzten an den zuständigen öffentlichen und privaten Anstalten, dem Gerichtsarzt, den Kreisärzten benachbarter Kreise und den praktischen Ärzten.

Als vierten Weg empfiehlt es sich, die Volkszählungen regelmäßig mit zu Hilfe zu nehmen. Die so ermittelten Geisteskranken etc. sind in eine nach psychiatrischen und sozialen Gesichtspunkten sorgsam rubrizierte Liste einzutragen und fortlaufend zu ergänzen.

Die Fürsorge zerfällt in

1. eine aktive, in die persönlichen Verhältnisse der Kranken eingreifende, d. h. in die Überweisung in eine geeignete Anstalt, auch in Vorkehrungen und Anordnungen für eine angemessene private Pflege in oder außer dem Hause;
2. eine überwachende, d. h. abgesehen von der gesetzlich geregelten Aufsichtstätigkeit des Kreisarztes in den zuständigen Anstalten für Geisteskranke etc. in einem Wachen über das Verhalten der Kranken selbst, um ev. im geeigneten Augenblick aktiv einzugreifen, und über die den Kranken in der eigenen oder in einer fremden Familie zuteil werdende Pflege im weitesten Sinne des Wortes;
3. in eine prophylaktische, d. h. in eine Überwachung der als geheilt oder gebessert aus den Anstalten Entlassenen und, soweit es möglich ist, auch in die Bewachung der numerisch nicht zu niedrig zu bemessenden Degenerierten: Schwachsinnigen aller Schattierungen, seelisch Labilen vor Verfall in Geisteskrankheit. J. Meyer-Lübeck.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Grunau. Über Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preußischen Irrenanstalten. Halle. Karl Marhold, 1905. 64 S. M. 3,00.

Verfasser hat sich der mühevollen Aufgabe unterzogen, an der Hand der preußischen Statistik, die sich auf der Verwertung der jedem Anstaltsarzte bekannten Zählkarten aufbaut, die Frequenz, Heilerfolge, Sterblichkeit und Todesursachen in ihren Beziehungen zu den verschiedenen Faktoren (verschiedene Jahre, Krankheitsform, Geschlechter, verschiedene Provinzen) zu erörtern. Dabei ergeben sich natürlich Resultate, die den heutigen klinischen Anschauungen entsprechen, wie z. B. die Zunahme der Paralyse beim weiblichen Geschlecht. Die Zahl der Heilungen von Paralyse nimmt ab, entsprechend einer berechtigten größeren Skepsis. Der starke Abfall der Zahl der Erkrankungen an Delirium tremens im Jahre 1888 wird auf die Wirkungen des Branntweinsteuergesetzes vom 24. Juni 1887 zurückgeführt. Das Bestreben, größere Irrenanstalten zu bauen, nimmt zu. Die Zahl der Heilerfolge bei denselben Krankheitsformen ist in den verschiedenen Anstalten recht verschieden; so z. B. ist die Zahl der Heilerfolge in Wuhlgarten zehnmal geringer als in allen übrigen Anstalten zusammen bei den epileptischen Seelenstörungen.

Das sind nur einige interessante Ergebnisse der jedenfalls viel Arbeit verursachenden Studie, deren Lektüre durch Anwendung typographischer Mittel sehr erleichtert hätte werden können. Daß bei der Verwertung statistischen Materials die allergrößte Skepsis angebracht ist, das braucht Referent nicht zu betonen; Verfasser hat es sich auch nicht verhehlt.

Schultze.

Petersen, Julius. Willensfreiheit, Moral und Strafrecht. München. J. F. Lehmann, 1905. 235 S. M. 5,00.

Eine sehr ausführliche, auf eingehendem Studium der großen Literatur aufgebaute, geschickt und gemeinverständlich geschriebene Verteidigung des Determinismus. Natürlich hebt Verfasser insbesonders hervor, daß die Ergebnisse der Moralstatistik nicht zu der Annahme einer Willensfreiheit zwingen, und daß die Ergebnisse der neueren Psychologie und die Psychiatrie die deterministische Lehre nur zu stützen vermögen. Da Verfasser Jurist ist, ist es begreiflich, wenn er ausführlich erörtert, daß der Determinismus der Begründung von Moral und Strafrecht durchaus nicht hindernd im Wege steht. Schultze.

Drastich, Bruno. Leitfaden des Verfahrens bei Geisteskrankheiten und zweifelhaften Geisteszuständen für Militärärzte. II. Spezieller Teil. Militärärztliche Publikationen Nr. 84. Wien. Josef Satár 1905. 204 S. M. 4,75.

Der vorliegende II. Teil enthält eine treffliche kurze Darstellung der speziellen Psychiatrie im Sinne Kräpelins. Viele eingestreute eigene Beobachtungen, die einen zum Teil wie alte Bekannte anmuten, zeigen, daß Verfasser viel gesehen hat. Die besondere Berücksichtigung militärischer Verhältnisse macht die Arbeit zu einem für Sanitätsoffiziere sehr brauchbaren Leitfaden. In den vom Verfasser gestellten Forderungen ist Referent einer Meinung mit ihm; besonders sollte nur der psychiatrisch geschulte Sanitätsoffizier über die Zurechnungsfähigkeit entscheiden. Auch Verfasser redet der Unterweisung der Offiziere in den Elementen der Psychiatrie das Wort. Besondere Beachtung verdienen die Ausführungen über die Degenerierten, über den pathologischen Rausch (bei dem die Bedeutung auch geringer Alkoholmengen gerade für den forensischen Gebrauch noch schärfer hätte hervorgehoben werden können) und über die Dementia praecox.

Der Anhang gibt eine Anleitung der Behandlung Geisteskranker, bei der Referent gern eine noch schärfere Betonung der modernen therapeutischen Bestrebungen gesehen hätte.

Referent ist überzeugt, daß das Buch in den Händen der Sanitätsoffiziere, für die es in erster Linie bestimmt ist, erheblichen Nutzen zu bringen geeignet ist. Schultze.

Hey, Julius. Das Gansersche Symptom, seine klinische und forensische Bedeutung. Berlin 1904. Aug. Hirschwald. 108 Seiten.

V. gibt eine ausführliche Mitteilung von acht an der Hallenser Klinik beobachteten Fällen, die das bekannte Gansersche Symptom des Vorbeiredens trefflich illustrieren. Von besonderem Interesse sind hiervon Fall V, ein Militärgefangener, der an Hysterie auf degenerativer Basis litt, der sich mehrfacher Delikte schuldig gemacht hatte und der nach einer Anstaltsbeobachtung zu acht Jahren Gefängnis bei Annahme von Simulation verurteilt war, sowie Fall VII, der das Bild einer ungemein symptomreichen traumatischen Hysterie betraf.

V. verwertet auch die Mitteilungen, die in der Literatur niedergelegt sind, und kommt zu dem Schlusse, daß das Gansersche Symptom sich vor allem bei der Hysterie, dann bei dementia praecox, sowie bei Epilepsie findet. Der Gansersche Symptomenkomplex scheint nur bei Hysterie vorzukommen. Das Gansersche Symptom an sich kann differentialdiagnostisch nicht verwertet werden. Seine Genese ist nicht eine einheitliche. Das Gansersche Symptom findet sich vorzugsweise bei forensischen Fällen, und hier überwiegt die Hysterie; in fast allen Fällen wurde die Erkrankung während der Haft manifest.

Mit Rücksicht auf diese letzten Punkte verdient das Gansersche Symptom eingehendste Beachtung seitens der Sachverständigen; darum sei auf die vorliegende Broschüre verwiesen, die das auch klinisch interessante Symptom eingehend, kritisch und sachgemäß darstellt. Schultze.

Burgl, Georg. Die strafrechtliche Verantwortlichkeit der Epileptiker. Nürnberg. Friedr. Korn, 1905. 91 S. M. 1,00.

Daß es den Juristen vielfach an Kenntnissen in der Psychiatrie fehlt, darüber wird ja nicht selten geklagt. Das gilt insbesondere für das Kapitel der für die Kriminalität

so ungemein wichtigen Epilepsie. Nicht allzuoft begegnen wir einem Verständnisse, wenn es sich um die Beurteilung von Dämmerzuständen handelt.

Verfasser hat daher eine sehr dankenswerte Aufgabe sich gestellt, an der Hand seiner eignen in der gerichtsärztlichen Praxis gewonnenen Erfahrungen eine Schilderung der Epilepsie in ihrer Bedeutung für das Strafrecht zu entwerfen. Da er im Laufe der Zeit nicht weniger als 140 Epileptiker zu begutachten Gelegenheit hatte, konnte er bei seiner Darstellung sich mit seinen eignen Beobachtungen begnügen, und das kommt der Arbeit sehr zu statten. Verfasser bespricht die verschiedenen in Betracht kommenden Punkte eingehend, klar, in einer auch dem Laien durchaus verständlichen Sprache. Die weiteste Verbreitung der Arbeit in den Händen der Juristen ist sehr zu wünschen; sie wird dem Sachverständigen nur zu statten kommen.

Schultze.

Burckhard. Zur Reform des Irrenrechts. Vier Zeitungsartikel. Wien 1904. Manz.

Reißner, Dr. jur. Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. Mit einem Vorwort von Prof. Dr. A. Eulenburg. Berlin, Urban und Schwarzenberg. 1905.

Die gemeinsame Besprechung der zwei Broschüren rechtfertigt sich, nicht nur weil sie das gleiche Thema behandeln, sondern mehr noch, weil sie zeigen, wie sehr diejenigen recht haben, die da meinen, die Zeit sei noch nicht reif zur Schaffung eines Irrengesetzes.

B. wiederholt eine fast durchweg anerkannte Besprechung des Schröderschen Buches: „Das Recht im Irrenwesen“ und versucht dann, eine Forderung der Mitwirkung von Laien zu begründen, wenn jemand wegen Irrsinns entmündigt, interniert oder nicht bestraft werden soll oder wenn der wegen Geistesstörung außer Verfolgung gesetzte Verbrecher wieder aus der Irrenanstalt entlassen werden soll.

R. untersucht das Recht des Staates, dritter Personen und des Vormundes bzw. Pflegers zur Zwangsunterbringung geistig gestörter Personen und bespricht die Garantie für die Durchführung der bestehenden Vorschriften. Über die Anstaltsinternierung entscheidet in einem dem Strafprozeß ähnelnden Verfahren eine Internierungskommission, die aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, dem Gerichtsarzt als ständigem Beisitzer und drei Laien als Schöffen besteht; vier Stimmen sind zum Beschluß auf Internierung erforderlich.

Sapienti sat! Schultze.

Dannemann, Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen. Bericht über die Eröffnungsversammlung am 5. 11. 1904 zu Gießen. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 6. M. 1,20. C. Marhold. Halle.

Ein wie großes Bedürfnis die Gründung eines Juristen und Psychiater zu gemeinsamer Tätigkeit einigenden Vereins war, ergibt sich schon daraus, daß an der Eröffnungsversammlung über 100 Männer der Theorie und Praxis teilnahmen; auch die Ministerien des Innern und der Justiz hatten erfreulicherweise ihre Vertreter entsandt. Sommer betonte in seiner Programmrede, daß der Hauptzweck des Vereins die Erkenntnis der inneren Zustände sei, aus denen krankhaftes oder kriminelles Verhalten gegen die Umgebung hervorgehe.

Auf der Versammlung wurden zwei Vorträge gehalten. Mittenmaier äußert sich unter steter Bezugnahme auf psychologisch wichtige Gesichtspunkte zur Reform des Verfahrens im Strafprozeß und verlangt u. a. bessere Vorbereitung des Verfahrens, Einschränkung des Legalitätsprinzips, Wegfall des Untersuchungsrichters, anderweitige Stellung des Staatsanwalts, regelmäßige Beiordnung eines Verteidigers bei der Verhaftung, sowie Einschränkung der Untersuchungshaft.

Sommer bespricht in klarer Form das zeitgemäße Thema „Die Forschungen zur Psychologie der Aussage“ und erörtert unter Heranziehung eigener Beobachtungen und Experimente die verschiedenen Arten von solchen Aussagen, insbesondere die psychiatrisch bedingten und die normal-psychologischen Täuschungen. Schultze.

Stier, Ewald. Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Eine psychologische, psychiatrische und militärrechtliche Studie. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 3—5, 1905. Carl Marhold. M. 3,00.

Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung spielen schon der Zahl nach die größte Rolle unter den speziell militärischen Vergehen. Sexuelles Verlangen (Frühjahr!) und Heimweh sind die stärksten Motive. Echte Geistesstörung liegt selten zugrunde, und dann handelt es sich weniger um epileptische als hysterische Dämmerzustände; vor allem ist zu berücksichtigen Degeneration und Schwachsinn sowie der Alkoholrausch.

Die Marine ist stärker beteiligt an diesen Vergehen als die Landarmee. Die Zahl der Entweichungen nimmt von Osten nach Westen zu; der Höhepunkt wird erreicht in den westlichen und südwestlichen Armeekorps. Die Ursache dieser Erscheinung ist nicht sowohl die Nähe der fremden Länder als die Verschiedenheit des Charakters und der Temperamente der Beteiligten.

Der Entwichene wird im Inlande fast immer schnell gefaßt; entkommt er nach Frankreich oder in die Schweiz, fällt er meist in die Hände der Fremdenlegion.

Die Einstellung von schwachsinnigen und moralisch minderwertigen Individuen soll möglichst verhütet werden, oder solche Individuen sollen baldigst wieder entlassen werden. Bei der Begutachtung ist zu trennen die militärische Dienstbrauchbarkeit von der gerichtlichen Zurechnungsfähigkeit; die Grenzen für diese letztere allzuweit zu stecken empfiehlt Verfasser nicht.

Ein historischer Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen gegen die Fahnenflucht zeigt die Überlegenheit der Gesetze der Römer und der germanischen Völker, da diese die Tat nach ihren psychologischen Differenzen, nicht nach der Dauer der Abwesenheit beurteilen. Immerhin ist es erwünscht, daß unerlaubte Entfernung nur mit Arrest bestraft wird, echte Fahnenflucht aber mit Entlassung aus dem Heere und daß der Begriff der mildernden Umstände in das Militärstrafgesetzbuch aufgenommen wird in der Form der Ausweitung eines jeden Strafmaßes nach unten bis zum Fortfall der unteren Grenze.

Dies der kurze und gedrängte Inhalt der vorliegenden, sehr anschaulichen und höchst übersichtlichen Arbeit. Verfasser war mehrere Jahre Arzt an dem Festungsgefängnis zu Köln und hatte dort Gelegenheit, eine große Zahl von Soldaten, die sich der Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung schuldig gemacht hatten, zu beobachten. Was er dort gesehen und gehört hat, das hat Verfasser kritisch verarbeitet unter Verwertung der einschlägigen Literatur. Schultze.

Kolb. Sammelatlas für den Bau von Irrenanstalten. Ein Handbuch für Behörden, Psychiater und Baubeamten. Supplementlieferung (elfte Lieferung) 1905. Halle a. S. C. Marhold.

Das vorliegende Ergänzungsheft bespricht die Schaffung provisorischer Bauten (bei Überfüllung einer Anstalt oder Ausbruch einer Epidemie), psychiatrische Durchgangsstationen und ferner forensisch — psychiatrischer Zwischenanstalten. Der erste Teil des Heftes enthält allgemeine Bemerkungen über Zweck, Einrichtung und Bauprogramm der jeweiligen Bauten. Der zweite Teil des Heftes erörtert an der Hand von Details die Raumverteilung. Die Pläne geben teilweise zu technischen Bedenken Anlaß. Schultze.

Frese, Dr., Oberjustizrat in Meißen. Die Prinzessin Luise von Sachsen-Koburg und Gotha, geb. Prinzessin von Belgien. Eine forensisch-psychiatrische Studie. Halle a. S. C. Marhold. 1905.

Verfasser gibt eine Darstellung der Geschichte des aus der Tagespresse sattsam bekannten Falls der Prinzessin Luise und teilt die verschiedenen über ihren Geisteszustand erstatteten psychiatrischen Gutachten einschließlich des letzten Pariser Gutachtens wörtlich mit. An dem letzteren übt er eine ebenso berechtigte wie vernichtende Kritik, und mit ihm wird jeder Fachmann der Meinung sein, daß das Pariser Gutachten den tatsächlichen Verhältnissen nicht gerecht wird. Es läßt die Vorgeschichte fast völlig außer acht, hält das, was die Prinzessin sagt, für bewiesen und rechnet nicht mit der für jeden Fachmann gegebenen und im vorliegenden Falle besonders großen Möglichkeit einer Beeinflussung der zu Beobachtenden durch ihre Umgebung. Galant und liebenswürdig wie der Franzose ist auch das Gutachten, das fast als Causerie angesprochen werden kann.

Mit dem Referenten wird jeder Leser einer Schrift wie der vorliegenden, die durch klare und objektive Darstellung ausgezeichnet ist, eine möglichst große Verbreitung wünschen angesichts der gegen die Psychiatrie herrschenden Vorurteile. Ob die Schrift viel helfen wird, bezweifelt Referent freilich ebenso lebhaft; die Welt glaubt lieber das Schlechte und Böse.

Eine weit verbreitete, angesehene Zeitung brachte doch eines Tages aus ärztlicher Feder eine längere Mitteilung über den Fall im Anschluß an die vorliegende Arbeit, deren Standpunkt jener Autor auch zu dem seinigen macht. Es vergeht nicht eine Woche, und dasselbe Blatt bringt an der gleichen Stelle eine längere Mitteilung über denselben Fall mit den bekannten hämischen Ausfällen gegen die Psychiater und Ausdrücken, wie „die sogenannte Geisteskrankheit". Schultze.

Weygandt, Wilhelm. Leicht abnorme Kinder. Hoche'sche Sammlung. VI. Band, Heft 1, 1905, 40 S., Mk. 1,00. C. Marhold. Halle a. S.

Erweiterte Wiedergabe eines auf der Versammlung südwestdeutscher Irrenärzte 1904 gehaltenen inhaltreichen und trefflich orientierenden Vortrages. Er bespricht die ursächlichen Momente für die leichteren Abnormitäten des Kindesalters, schildert die psychischen, nervösen und somatischen Symptome, gruppiert die Fälle nach verschiedenen Formen (leicht abnorme Epileptiker, leicht hysterische, konstitutionell-neurasthenische, die Debelen, stärkere und bessere Entwicklung der intellektuellen bzw. affektiven Sphäre) und erörtert kurz die Therapie (Schulärzte, psychiatrisch-neurologische Polikliniken, Hilfsschulen, Mannheimer Förderklassensystem, Internate für moralisch Schwache). Schultze.

Vorträge, gehalten auf der Versammlung von Juristen und Ärzten in Stuttgart 1903. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Zweiter Band. Heft 1 u. 2. 110 Seiten. 1904. Mk. 2,40. Halle a. S. C. Marhold.

Auch in Württemberg haben sich Juristen und Psychiater vereinigt zur gemeinsamen Besprechung und Erörterung der vielen beide Teile interessierenden Fragen. Das vorliegende Heft bringt in dankenswerter Weise die Vorträge, die auf der ersten Versammlung des neuen Vereins gehalten sind.

Heidlen hält bei vorübergehend wie dauernd Geistesgestörten sowohl eine Vormundschaft wie Pflegschaft für angebracht; die Entscheidung ist von Fall zu Fall zu treffen. Bei apathischen Kranken, die nach ihrem Beruf oder Geschlecht an dem Rechtsverhältnis keinen größern Anteil zu nehmen haben, genügt meist die Pflegschaft, wenn ernstere Interessenkollisionen nicht zu befürchten sind. In allen andern Fällen ist die Vormundschaft vorzuziehen.

Kreuser betont zutreffend, daß der Nachweis einer Paranoia noch nicht die Unfähigkeit zur Besorgung der Angelegenheiten beweist; die Pflegschaft dürfte meist wenig geeignet sein. Das gerichtliche Entmündigungsverfahren wirke meist nachteilig auf die Kranken.

von Schwab bringt eine Übersicht über die Unterbringung geisteskranker Strafgefangenen in Württemberg; vor allem betont er die zunehmenden Schwierigkeiten, Kriminelle in Irrenanstalten aufzunehmen. Die Justizverwaltung beabsichtigt, eine zunächst auf männliche Gefangene beschränkte und zu deren Verwahrung bis zum Strafende bestimmte Irrenabteilung auf Hohenasperg, in organischer Angliederung an die dort bestehende Invalidenstrafanstalt, zu errichten. Die Leitung soll einem psychiatrisch ausgebildeten Arzte übertragen werden.

Gaupp bringt anziehende und kritische Ausführungen über moralisches Irresein und jugendliches Verbrechertum. Fauser hebt die Wichtigkeit der Stellung einer psychiatrischen Spezialdiagnose für den ärztlichen Sachverständigen hervor; sie verbürgt eine vermehrte Sicherheit des Gutachtens und eine sicherere Kenntnis der Ätiologie und Prognose. Wildermuth machte die Zurechnungsfähigkeit der Hysterischen zum Gegenstande seines Vortrags. Hysterie an sich beeinträchtigt diese nicht; einzelne akute hysterische Anfälle psychischer oder somatischer Natur heben die Zurechnungsfähigkeit nur dann auf, wenn die inkriminierte Handlung während eines solchen Anfalls oder dessen Nachwirkung stattgefunden hat; die hysterischen Dämmerzustände gleichen rechtlich den epileptischen.

Durch Daiber erfahren wir, daß 1902 den württembergischen Irrenanstalten 174 Fälle mit gerichtlichen Beziehungen zugeführt wurden (90 strafrechtliche, 84 zivilrechtliche); wegen der weiteren Details sei auf das Original verwiesen.

Erwähnt Referent noch, daß Wollenberg über das Querulieren Geisteskranker gesprochen hat, so dürfte damit die fast zu große Reichhaltigkeit der Tagesordnung der ersten Versammlung zur Genüge dargetan sein. Schultze.

Bresler, Joh. Wie beginnen Geisteskrankheiten? Halle a. S. C. Marhold, 1905. 56 S.

Mit dieser lesenswerten Broschüre versucht Verfasser auch weitere Kreise für die Nützlichkeit von Nervensanatorien für arme Kranke (solche für Reiche gibt es in großer Zahl) zu gewinnen. Eine große Zahl von Pychosen beginnt mit Symptomen nervöser Erschöpfung, und frühzeitige Behandlung in Nervenheilanstalten zeitigt hier oft die besten Erfolge. Schultze.

Tagesgeschichte.

Genesungsheime und Arbeitssanatorien.

In der „Medizinischen Klinik" schlägt E. Saalfeld in einem Artikel „Zur Frage der Genesungsheime und Arbeitssanatorien" vor, für eine gewichtige und nicht zu unterschätzende Kategorie von Geschlechtskranken — Syphilitiker — Arbeitssanatorien zu errichten. Er weist dabei auf zwei Vorteile hin: Einmal wäre es möglich, weit mehr syphilitisch Kranken als bisher eine zweckentsprechende Behandlung unter den besten hygienischen Verhältnissen zu bieten und damit die Folgekrankheiten der Syphilis nach Möglichkeit zu reduzieren; zweitens würde sich eine derartige Behandlung wesentlich billiger gestalten, als die in einem regulären Krankenhaus. Ein weiterer Vorzug der Arbeitssanatorien vor den Krankenhäusern wäre darin zu erblicken, daß sie von Personen, die im übrigen arbeitsfähig und arbeitswillig sind, eher aufgesucht werden würden, als Krankenhäuser, in denen sie wochenlang untätig sein müßten. Die Arbeitssanatorien würden damit auch weniger charakterfeste Kranke vor der Gefahr

schützen, durch langes Nichtstun der Arbeit entwöhnt zu werden. Außerdem würden weit mehr Syphilitische als bisher in dem ansteckenden Stadium der Krankheit von dem Verkehr mit der übrigen Bevölkerung ferngehalten werden. Auf diese Weise könnte die Möglichkeit einer Übertragung der Syphilis — und zwar nicht nur auf geschlechtlichem Wege — erheblich herabgesetzt werden. Bu.

Invalidenrenten und Armenunterstützung.

Über Invalidenrenten und Armenunterstützung in Berlin enthält der Verwaltungsbericht des Berliner Magistrats, Abteilung für Invalidenversicherung, für das Etatsjahr 1904 beachtenswerte zahlenmäßige Angaben.

Der Armendirektion wird, damit sie ihre Ansprüche rechtzeitig anmelden kann, von jedem Rentenantrage Mitteilung gemacht, und ebenso erhält sie Nachricht, sobald eine Rente bewilligt ist. Nach dem letzten Verwaltungsbericht der Landesversicherungsanstalt Berlin sind der Armendirektion im Jahre 1903: 102 740,44 M. überwiesen worden.

Seit dem Jahre 1895 sind der Armendirektion überwiesen worden:

1895 . . .	13 576,99 M.	1900 . . .	45 749,68 M.
1896 . . .	11 238,52 „	1901 . . .	56 493,51 „
1897 . . .	19 555,42 „	1902 . . .	82 294,56 „
1898 . . .	21 731,08 „	1903 . . .	102 740,44 „
1899 . . .	28 620,01 „		

(„Soziale Praxis".)

Ausübung der Zahnheilkunde durch Ärzte.

Zur Frage der Ausübung der Zahnheilkunde durch Ärzte welche die zahnärztliche Approbation nicht besitzen, hat der ärztliche Bezirksverein Dippoldiswalde folgenden Beschluß gefaßt:

„Der Verein hat mit Befremden von den Ausführungen des Herrn Professor Dr. Hesse-Leipzig in Nr. 551 des ärztlichen Vereinsblattes Kenntnis genommen und erklärt hierzu, daß nach seiner Ansicht

1. jeder approbierte Arzt die Approbation für das gesamte Gebiet der Heilkunde einschließlich der Zahnheilkunde erhalten hat,
2. daß die große Mehrzahl der Ärzte die Krankheiten der Zähne mindestens ebensogut kennt, wie der Zahnarzt, da sie sich täglich mit ihnen zu beschäftigen haben,
3. daß er mit Entrüstung den gemachten Vorwurf der Kurpfuscherei zurückweist,
4. daß diejenigen Ärzte, die sich Spezialärzte für Zahn- und Mundkrankheiten nennen wollen, der ärztlichen Standesvertretung gegenüber verantwortlich sind, daß sie auch die nötigen Kenntnisse in diesem Fache besitzen, wie dies jeder andere Spezialarzt auch tun muß, und
5. daß zu erwägen ist, ob nicht bei dem Überfluß an Ärzten die Teilapprobation als Zahnarzt überhaupt wegfallen könne, so daß künftig nur Vollärzte die Zahnheilkunde ausüben dürfen, da bei dem innigen Zusammenhang der Zahnkrankheiten mit den übrigen Erkrankungen des menschlichen Körpers nur der ein wirklich sachgemäßes Urteil über Zahnerkrankungen abgeben könne, der auch die übrigen Krankheiten kenne."

(„Medizinische Klinik".)

Ärztliche Untersuchung von verdächtigen und unverdächtigen Personen.

Unter den Beschlüssen, welche die amtliche Kommission zur Vorberatung der Reformen der Strafprozeßordnung gefaßt hat, ist auch einer, welcher die ärztliche Untersuchung von verdächtigen und unverdächtigen Personen auf Anordnung des Richters oder der Staatsanwaltschaft für zulässig erklärt. Die Untersuchung kann eventuell erzwungen werden. Gegen diesen Vorschlag der Kommission wurden in der Hauptversammlung der Deutschen Medizinalbeamten energische Bedenken geltend gemacht. Professor Dr. Straßmann (Berlin) insbesondere betonte, daß eine solche erzwungene ärztliche Untersuchung einer weiblichen Person gegenüber (gynäkologische Untersuchung) einen schweren Eingriff in die körperliche Freiheit und das weibliche Schamgefühl darstellt. Professor Straßmann trat entschieden dafür ein, daß gegen eine solche Zwangsuntersuchung das Recht der sofortigen Beschwerde mit aufschiebbarer Wirkung eingeführt werden müßte. Auf einem gleichen Standpunkt steht Professor Dr. Stenger. Er meint, man müsse schon deshalb außer den von Professor Straßmann angeführten Gründen für einen Einspruch gegen die Zwangsuntersuchung sein, weil dieselbe keine erhebliche Verschleppungsgefahr bedeutet; denn die ärztliche Untersuchung kann ja doch jeden Augenblick ausgeführt werden. Die Versammlung machte sich die Ausführungen dieser Redner zu eigen. („Med. Klinik.")

Ministerialerlasse.

I. Allgemeine Verwaltungssachen.

Erlaß vom 26. August 1905, betreffend die Versammlungen der Kreismedizinalbeamten.

Die in den Versammlungen zutage getretene Gründlichkeit und Sachkenntnis wird mit Genugtuung konstatiert.

Es sollen die Reisekosten und Tagegelder zum Zwecke der Teilnahme an den Medizinalbeamtenversammlungen deshalb auch in diesem Jahre von der Regierung gezahlt werden. Die Hin- und Rückreise soll nur in Ausnahmefällen mehr als einen Tag, keinesfalls mehr als zwei Tage in Anspruch nehmen. Der Tag der Versammlung soll unter Beifügung der Tagesordnung vier Wochen vorher angezeigt werden.

II. Prüfungswesen.

— — 10. Juli 1905, betreffend die Zulassung von Praktikanten zu den Universitätskliniken und Polikliniken.

Auf je 40 klinische und 2000 poliklinische Kranke darf ein Praktikant zugelassen werden.

Die bei einem sonstigen medizinisch-wissenschaftlichen Universitätsinstitut absolvierte Zeit darf bis zu einem halben Jahre auf das praktische Jahr angerechnet werden. Es soll dem Ermesssen der Kliniker überlassen bleiben, ob sie mit Rücksichtnahme auf die Kranken Praktikanten in dem vorstehend bezeichneten Umfange annehmen wollen. Die Direktoren der Kliniken werden um Bericht darüber ersucht, wieviel Praktikanten sie unbedenklich annehmen können.

— — 10. Juli 1905, betreffend Annahme von Assistenten an den medizinischen Universitätsinstituten.

In der Regel sollen nur solche Mediziner als Assistenten angenommen werden, welche die Approbation als Arzt erhalten haben. Ausnahmsweise können auch geprüfte Kandidaten der Medizin, welche das praktische Jahr noch nicht abgeleistet haben, als Assistenten angestellt werden. Sie sind aber gleich den das praktische Jahr ableistenden Praktikanten zu behandeln, erhalten keine Remuneration, sondern nur freie Station, resp. an Stelle derselben eine Entschädigung von 600 M. Erst nach Beendigung des praktischen Jahres ist ihnen volle Remuneration zu zahlen.

— — 19. August 1905, betreffend die Meldetermine für die pharmazeutischen Prüfungen.

Die Meldetermine werden für die Zukunft auf den 15. August bzw. 15. März jeden Jahres festgesetzt.

— — 2. September 1905, betreffend Anrechnung der an nicht klinischen Instituten abgeleisteten Praktikantenzeit.

Diese Zeit kann nach dem Ermessen der Zentralbehörde bis zur Dauer von höchstens sechs Monaten, eventuell bis zur Hälfte der Dauer der im ganzen abzuleistenden Praktikantenzeit angerechnet werden. Ein Drittel der Praktikantenzeit muß der Behandlung innerer Krankheiten gewidmet sein.

III. Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

Bekanntmachung, betreffend die Bekämpfung der Reblaus in einigen Weinbaugegenden. Vom 7. Juli 1905.

Nachdem die Unterdrückung der Reblaus für die Seuchengebiete in Thüringen, Sachsen und Elsaß-Lothringen als nicht mehr durchführbar erkannt ist, werden die gesetzlichen Maßregeln zur Bekämpfung der Reblaus für die bezeichneten Seuchengebiete beschränkt und detaillierte Bestimmungen zum Schutze des übrigen Weinbaus getroffen.

IV. Impfwesen.

Erlaß vom 20. Juli 1905, betreffend die Verhältnisse der Impfanstalten.

Die Impfanstalten unterstehen dem zuständigen Regierungs-, bzw. in Berlin dem Polizeipräsidenten. Sie sind ein Jahr um das andere durch den Fachreferenten des Ministeriums, in den dazwischen liegenden Jahren durch den Regierungs- und Medizinalrat zu besichtigen. Die Besichtigung hat sich auf den baulichen Zustand, Inventar, Listenführung, Gewinnung und Zubereitung des Impfstoffes zu erstrecken. Der Bericht über die Besichtigung ist bis zum 1. Dezember jeden Jahres einzusenden. Die Anstalten haben fortan die Bezeichnung „Königlich preußische Impfanstalt zu . . . . .“ zu führen.

V. Serumprüfung.

Die bakteriologischen Nachprüfungen des im Handel geführten Diphtherieserums haben ergeben, daß von 475 in der Zeit von Anfang April 1904 bis Ende Januar 1905 untersuchten Probefläschchen aus deutschen Fabrikationsstätten nur zwei nicht keimfrei waren.

VI. Gesundheitswesen.

Erlaß vom 7. Juli, betreffend die Übertragung von Infektionskrankheiten durch gemeinsame Benutzung von Gebrauchsgegenständen.

Nach den vom Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten bestätigten Untersuchungen Professor v. Esmarchs genügt gründliche Reinigung mit sterilisierten Tüchern nicht zur Beseitigung von Krankheitskeimen, wie z. B. der Diphtheriebakterien. Es ist dazu eine Behandlung mit zweiprozentiger Sodalösung von 50 Grad C. eine Minute hindurch erforderlich. Auf dem Wege öffentlicher und privater Belehrung soll eine zweckmäßige Behandlung der in Frage kommenden Gegenstände erstrebt werden.

VII. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Dem Verein ehemaliger Lazarettgehülfen der deutschen Armee in Berlin und Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins in Oeventrop, Ibbenbüren, Karolinensiel und Fürstenberg (Land) ist die Erlaubnis zum Gebrauche des Roten Kreuzes erteilt worden.

VIII. Seuchenbekämpfung.

Erlaß vom 21. Juli 1905, betreffend die Einreichung der Nachweisungen über die Erkrankungen an Pocken.

Die Wochennachweisungen sind in fortlaufender Reihenfolge nur bis zur Genesung, bzw. dem Tode des letzten Erkrankten, sowie dann, wenn es sich um epidemisches Auftreten handelt, einzureichen.

— — 4. August 1905, betreffend die Verteilung von Druckschriften, Belehrungen zur Bekämpfung der Cholera enthaltend.

Es sind zwei solche Schriften erschienen: 1. Ratschläge für praktische Ärzte, 2. eine gemeinverständliche Belehrung. Die erstere ist sofort allen Ärzten zuzustellen, die zweite erst, wenn die Cholera in dem betreffenden Bezirk ausbricht, an die Bevölkerung zu verteilen.

— — 9. August 1905, betreffend die Einreichung der Zusammenstellungen über Erkrankungen an Genickstarre.

Diese Zusammenstellungen sind fortan nicht mehr monatlich, sondern halbmonatlich einzureichen.

Erlaß vom 29. August 1905, betreffend die Bekämpfung der Cholera.

Anläßlich des Auftretens der Cholera im Weichselgebiet werden die diesbezüglichen früheren Bestimmungen in Erinnerung gebracht. Außerdem wird auf die Schrift: „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904 nebst den dazu erlassenen preußischen Ausführungsbestimmungsvorschriften vom 12. September 1904“ hingewiesen.

— — 1. September 1905, betreffend die Meldepflicht bei Choleraerkrankungen.

Die diesbezüglichen Erlasse vom 5. März 1903 und vom 18. Januar 1905 werden zur Nachachtung in Erinnerung gebracht.

— — 1. September 1905, betreffend die Heranziehung von Ärzten zum Cholera-Überwachungsdienst.

Es wird angefragt, ob und welche jüngere Kreisärzte, bzw. kreisärztlich geprüfte Ärzte bei einer eventuellen Vermehrung der Überwachungsstellen gegen Erstattung der baren Auslagen bei Dienstreisen und ein Tagegeld von 20 M. zur sofortigen Verwendung bereit wären.

— — 3. September 1905, betreffend Maßnahmen zur Bekämpfung der Cholera, welche der Genehmigung bedürfen.

Zu diesen Maßnahmen gehört die Entsendung bakteriologischer Sachverständiger zur Feststellung choleraverdächtiger Erkrankungen an Ort und Stelle und die Errichtung von Überwachungsstellen.

— — 5. September 1905, betreffend die Berichterstattung über die Verbreitung der Cholera.

Neben den vorgeschriebenen täglichen Übersichten und wöchentlichen Nachweisungen sind kurze aber erschöpfende Berichte über Entstehung und Übertragung der Krankheit, über die Bekämpfungsmaßregeln usw. einzureichen Dieselben sind abschriftlich an den Herrn Reichskanzler zu senden. Außerdem sind alle Meldungen und Berichte regelmäßig auch an das Kaiserliche Gesundheitsamt einzureichen.

IX. Gewerbehygiene.

Bekanntmachung vom 27. Juni 1905, betreffend Vorschriften etc. für die Betriebe des Maler- etc.-Gewerbes.

Die diesbezüglichen Vorschriften des Bundesrats betreffen Vorsichtsmaßregeln bei der Arbeit mit Bleifarben. Es ist ihnen ein „Blei-Merkblatt“ beigefügt, das Belehrungen über Erscheinungen und Verhütung der Bleivergiftung enthält.

X. Wasserversorgung.

Erlaß vom 7. Juli 1905, betreffend die Unterlagen für die zur Begutachtung kommenden Entwürfe von Wasserversorgungsanlagen.

Die für diese Entwürfe und die Prüfung der Anlagen wichtigen Punkte sind in einem Fragebogen zusammengestellt. Derselbe soll den Kreisärzten und sonstigen beteiligten Beamten zugestellt werden. Der Fragebogen behandelt folgende Punkte: Unterlagen, bestehende Wasserversorgung, Wassergewinnungsstelle, Wasserbedarf, vorhandene Wassermenge, technische Einzelheiten, Feuerlöschwesen, Kosten und weitere Erläuterungen.

XI. Statistik.

— — 3. August 1905, betreffend Statistik der Heilbehandlung von Versicherten.

Diese Statistik ist für die Jahre 1900 bis 1904 im Reichsversicherungsamt bearbeitet. Die beteiligten Behörden und Beamten sind auf das Werk aufmerksam zu machen.

XII. Bekämpfung der Kurpfuscherei.

Anpreisung eines elektrischen Gürtels „Herculex“ durch die Sanden Elektric Belt Compagnie in Paris.

Es wird darauf hingewiesen, daß dieser Gürtel nicht nur kein Universalmittel gegen bestimmte Krankheiten ist, sondern daß ihm überhaupt irgendwelche Heilwirkung nicht zugeschrieben werden kann.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. — № 20. — Ausgegeben am 15. Oktober.

Inhalt:

Zur Neugestaltung der Arbeiterversicherung.

Von

Dr. L. Eisenstadt-Berlin.

II.

Die Fürsorge für die Arbeitsunfähigen und Invaliden.

„Um die Arbeitsunfähigen zu reduzieren, muß einmal die soziale Organisation so angeordnet werden, daß das geringstmögliche Quantum an physischer und geistiger Degeneration erzeugt wird, und andrerseits die entstandenen Krankheitsfälle so behandelt werden, daß der Fortschritt der Krankheit aufgehalten und der Patient so weit als möglich geheilt wird. Die physisch oder moralisch Schwachen müssen irgendwie auf Kosten anderer Personen erhalten werden. Man kann aus ihren eigenen Vermögen oder Ersparnissen, auf dem Wege der Mildtätigkeit oder aus öffentlichen Kassen Fürsorge für sie treffen und sie in den Grenzen ihrer Fähigkeit beschäftigen oder nicht. Keine Fürsorge für diese Unglücklichen ist aber für die Gesellschaft verderblicher, als wenn man ihnen gestattet, sich als Lohnarbeiter unbeschränkt um Stellen in der industriellen Organisation zu bewerben."

Sidney und Beatrice Webb in der „Theorie und Praxis der englischen Gewerkvereine". Deutsch von C. Hugo, Stuttgart. 1898. S. 299.

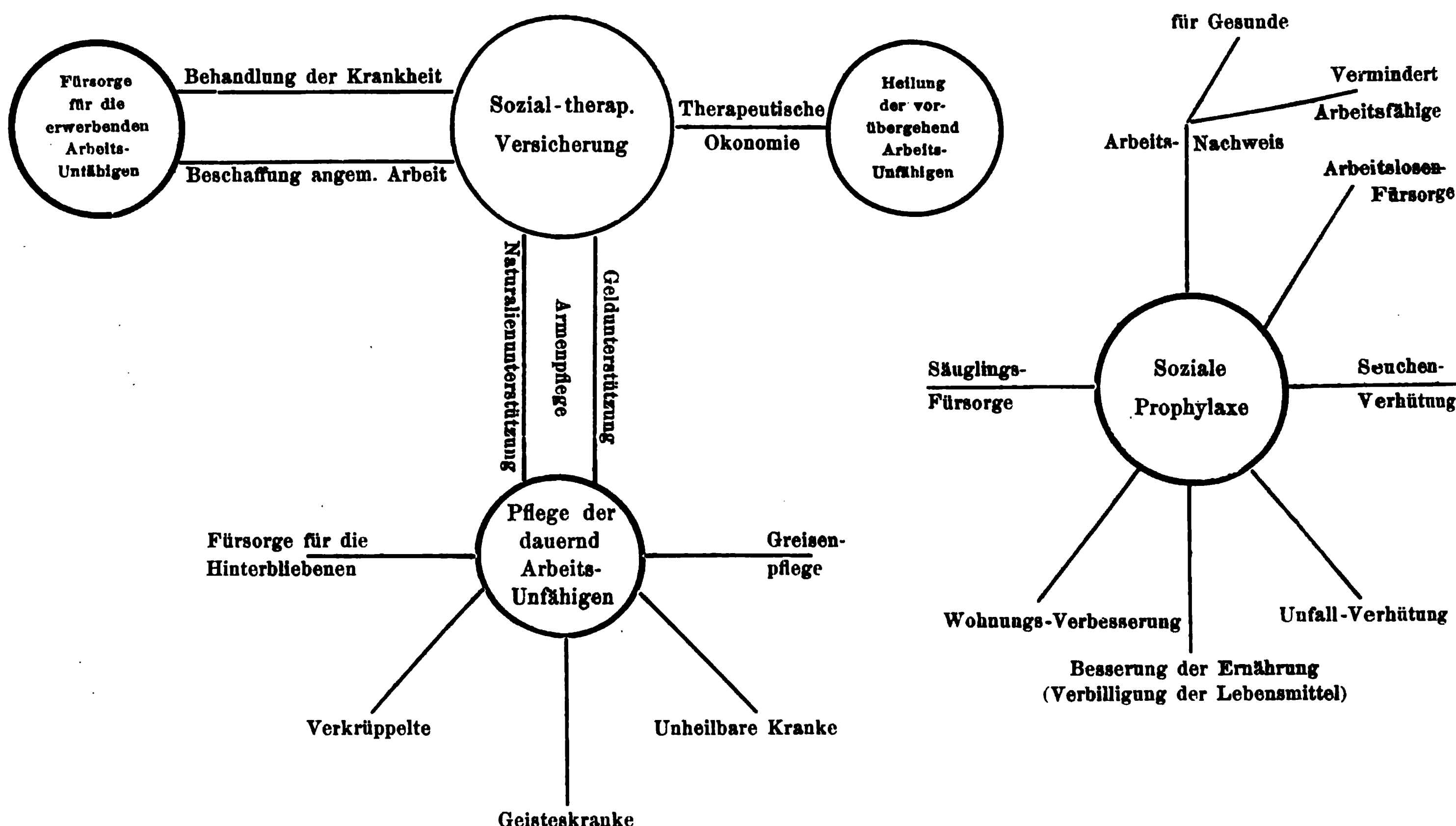
Die therapeutische Ökonomie ist nur eine Funktion der sozialen Versicherung, ihr Endziel ist die Heilung und Herstellung der Arbeitsfähigkeit der Gruppe von Versicherten, welche vorübergehend krank und arbeitsunfähig sind. Daneben umfaßt die Versicherung die Pflege einer zweiten Gruppe der Versicherten, die dauernd krank und gänzlich arbeitsunfähig sind und schließlich kommt noch die Fürsorge für die Versicherten, welche trotz einer, die Arbeitsfähigkeit beschränkenden Krankheit, einem Erwerb nachgehen.

Die Arbeiterversicherung ist eine Einrichtung der sozialen Therapie. In der beigegebenen Skizze habe ich ihre drei Hauptfunktionen den Aufgaben der sozialen Prophylaxe gegenübergestellt. Wäre die Arbeiterversicherung lediglich ein therapeutisches Institut für erkrankte Arbeiter, so wären ihre Leistungen auf dieses Gebiet beschränkt, und rechnerisch wohl begrenzt, da ihr aber die Fürsorge für die Invaliden, für die Folgen von Betriebsunfällen, für die erkrankten Familien der Versicherten aufgetragen werden, so wird sie tatsächlich aus einer Berufs- oder Klassenversicherung eine wahre Volksversicherung. Die sie unterhaltenden Beiträge von Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Staat, Gemeinden*), Ärzten*), Apothekern dienen sozialen Zwecken. Schon hieraus ergibt sich, daß die Arbeitnehmer nicht berechtigt sind, die Leitung bzw. Verwaltung der sozialen Versicherung für sich allein zu beanspruchen.

*) Als Beitrag der Gemeinden rechne ich die billige Überlassung der Krankenhäuser, als Beitrag der Ärzte das Heruntergehen in der Bezahlung der ärztlichen Leistungen unter die Gebührenordnung. Bei den Apothekern kommt der erhebliche Rezepturrabatt auf die Medikamente in Betracht.

Nun ist ferner zu bedenken, daß die von der Gesellschaft bzw. deren Organen ausgehende Prophylaxe von wesentlichem Einfluß auch auf die soziale Therapie und die sozial-therapeutische Versicherung ist. So ist die Verbilligung und Verbesserung der Wohnungen geeignet, den Arbeiter in den Stand zu setzen, ein Mehr für bessere Ernährung auszugeben und damit die gesundheitschädlichen Folgen einer chronischen Unterernährung aufzuheben. Sie ist wichtig zur Bekämpfung der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit.

Die Verbilligung der Lebensmittel wirkt in gleicher Richtung vorausgesetzt, daß die Ersparnis nicht einem gesteigerten Alkoholgenuß anheimfällt. Kurzum, die soziale Reform dient ebenso der Therapie und therapeutischen Ökonomie, wie der medizinische Fortschritt; je wirkungsvoller die soziale Prophylaxe ausgebaut wird, um so mehr engt sich der Kreis der sozialen Therapie ein, wird der Etat der sozialen Versicherung entlastet. Art das Heilverfahren jeder Erwerbsunfähigkeit bedingenden Krankheit ist, welche Aufwendungen von Heilmitteln und Heilpersonen dieselbe erfordert. Daraus sucht der Beirat A allgemeine Schlüsse und feste Grundsätze zu ermitteln, welches Heilmittel, welche Arztform in jedem einzelnen Falle der therapeutischen Ökonomie am besten entspricht. Er gibt z. B. zweckmäßige Arzneiverordnungen heraus. Er verabredet die Tarife sowohl mit den Vertretern der Heilmitteln als mit den Verbänden der Heilpersonen. Um den Wetteifer in der therapeutischen Ökonomie unter den Ärzten zu fördern, dient vor allem die Zulassung aller ortsansässigen Ärzte sowohl zur Behandlung als zur informatorischen Begutachtung der Versicherten. Ferner dient zu diesem Zwecke der mündliche und schriftliche Gedankenaustausch (in einem besonderen, jedem Arzte zugänglich zu machenden Organ) über die therapeutische Ökonomie, worin auch die Ergebnisse und Erfahrungen über die Heilverfahren zu



Es ist endlich auch leicht zu beweisen, daß die Selbstverwaltung im Sinne der landläufigen Anschauungen nicht das Wesentliche auf unserem Gebiete ist, daß vielmehr die verantwortliche Leitung von einem sachverständigen Beirat abhängig sein muß, wenn die Versicherung zweckentsprechend arbeiten soll. Dieser sachverständige Beirat hat sowohl verschiedene Aufgaben als Zusammensetzung, je nachdem er in einer der drei oben genannten Hauptfunktionen der sozialen Therapie wirksam ist.

Auf dem Gebiete der therapeutischen Ökonomie hat der Beirat A. die informatorischen Gutachten der Ärzte über die Art der Erkrankung zu sammeln, zu ordnen und für die Morbiditätsstatistik sowohl der Individuen, als der Berufe zu verwerten. Aus den Gutachten ergibt sich ferner die Feststellung der Personen, die, obwohl chronisch krank, erwerben, und der Personen, bei denen Invalidität bereits eingetreten oder vorzeitig zu befürchten ist. Die Fürsorge für diese beiden Gruppen wird speziellen Sachverständigen-Gruppen (B und C) überwiesen. Ferner sammelt und ordnet der Beirat die gutachtlichen Unterlagen hinsichtlich des Heilverfahrens und sucht statistisch festzustellen, welcher veröffentlichen sind, und schließlich wird der Wetteifer angespornt durch die oben dargelegte besondere Honorierung für die rascheste Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Damit nicht genug, hält dieser Beirat auch Ausschau nach dem Gebiete der sozialen Prophylaxe. Er muß mit allen den Bestrebungen sich verbinden, alle die Maßnahmen fördern, welche geeignet sind, Krankheiten zu verhüten. (Bekämpfung des Alkoholismus, Wohnungsfürsorge.) Allen diesen Anforderungen kann der Beirat nur bei richtiger Zusammensetzung entsprechen. In ihm sind nach diesen Ausführungen vertreten:

1. Delegierte der Heilmittelvertreter;
2. Delegierte der Heilpersonen;
3. praktische Nationalökonomen als Berater;
4. der Geschäftsführer der Versicherung;
5. der Vorstand der örtlichen Versicherungsanstalt, in welchem wiederum vertreten sind: Staat, Gemeinde, Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Dem Beirat B. liegt die Fürsorge für diejenigen Versicherten ob, welche gezwungen sind, zu erwerben, obwohl sie chronisch krank sind. Hierher gehört im Speziellen:

I. Die Fürsorge der Arbeiter in giftigen Betrieben;

II. die Fürsorge für kranke Versicherte in gewöhnlichen Betrieben.

Die Ausführung der Maßnahmen für Gruppe I liegt ob

1. den Arbeitgebern. Dieselben haben Schutzmaßregeln in den Fabriken zu treffen, für Verkürzung der Arbeitszeit, Badegelegenheit, bessere Ernährung, Verabreichung von Milch an die betreffenden Arbeiter Sorge zu tragen;
2. den Gewerbeaufsichtsbeamten, welche unter Benutzung der informatorischen ärztlichen Gutachten und der Resultate der persönlichen Inspektion die Statistik und Kasuistik der Giftbetriebe zu bearbeiten und zu veröffentlichen haben;
3. den Arbeitnehmern durch Befolgung der Vorsichtsmaßnahmen;
4. den Ärzten.

Für die Ärzte tritt auf diesem Gebiete das Heilverfahren, das mit dem Aufgeben der gesundheitsschädlichen Beschäftigung zusammenfällt, zurück gegen die dauernde Behandlung und Beratung sowohl während der Beschäftigung, als bei deren Aussetzen. Wichtig ist hier auch die informatorische Begutachtung der Ärzte, welche die gegenwärtigen Diagnosenzettel alias Zählkarten verdrängen muß. Aus ihr ergibt sich z. B. unparteiisch der individuelle Status, der chronischen Bleivergiftung, daraus wieder Beschlüsse, ob der betreffende Arbeiter die Giftarbeit aufgeben soll.

Es leuchtet ein, daß der Staat und die Faktoren der Gesetzgebung an der Einschränkung bzw. Aufhebung der Giftarbeit besonders interessiert sind: bringt dieselbe nicht nur dem einzelnen, sondern ganzen Familien und Generationen schwere Gefahren. Es wird also ein Vertreter der Regierung sich an dieser Fürsorge beteiligen müssen und hier Unterlagen für die fortschreitende Gesetzgebung zu gewinnen suchen.

Gruppe II. Fürsorge für kranke Versicherte in gewöhnlichen Betrieben. Hier handelt es sich um ein sehr umfassendes Gebiet der Versorgung.

Die Maßnahmen sind zunächst therapeutischer Art.

Ausführend sind hier wiederum

1. die Arbeitgeber. Ihnen liegt die Begrenzung der maximalen Arbeitszeit, das Einschieben von Pausen, die Gewährung eines jährlichen Urlaubs ob; hierdurch vermeiden sie mancherlei Erkrankung infolge von Überarbeit.

2. Die Arbeitnehmer müssen ihren chronischen Leiden angepaßte Verhaltungsmaßregeln, die für die individuelle Krankheit individuell verschieden sind, vom behandelnden Arzte erhalten.

3. Die Krankenkontrolleure haben hier das eigentliche Arbeitsfeld: sie sollen die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse kennen lernen und darüber der Versicherungsanstalt Bericht erstatten, welche so eine wertvolle Ergänzung der informatorischen ärztlichen Begutachtung erhält. Um diese Aufgaben zu erfüllen, muß die gegenwärtige Art der Kontrolle aufgegeben werden. Wenn dem vielverbreiteten Glauben an die Simulation und die Begehrlichkeit der Versicherten der Boden entzogen wird, dadurch, daß für die Kranken eine rationelle Gruppierung und jeweils der Gruppe angemessen verschiedene therapeutische Maßnahmen angeordnet werden, dann muß jede unnütze Belästigung der notorisch Kranken durch die Kontrolle fortfallen. Die Kontrolleure, so fordern wir, müssen ausreichende Kenntnisse über die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse besitzen und es verstehen, in jedem Falle dieselben zu ermitteln und Gewohnheiten der Versicherten, die der Behandlung der Krankheit zuwiderlaufen, zur Kenntnis zu bringen. Die Berichte der Kontrolleure sind doppelt anzufertigen: für die Ärzte zur Förderung der informatorischen Begutachtung, für die Versicherung zu statistischen Zwecken.

4. Die Ärzte haben hier vor allem die Heilbarkeit unter den chronisch kranken Versicherten zu ermitteln. In ihren informatorischen Attesten äußern sie sich hierüber und der Beirat A hat für die Heilbaren die Ausführung des Heilverfahrens zu veranlassen. Man darf bei Lungenkranken nicht einen längeren Heilstättenaufenthalt, bei geeigneten Herzkranken nicht die Kosten eines Kurbades scheuen, wenn es gilt, die Herstellung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken. Freilich kommt noch hier ein zweiter Abschnitt der Therapie, der Nachweis angemessener Arbeit, hinzu, auf den wir alsbald einzugehen haben.

Für diejenigen chronischen Kranken, bei denen ein eigentliches Heilverfahren nicht mehr anwendbar ist, hat der Arzt in therapeutischer Hinsicht Verordnungen von Heilmitteln, bessere Ernährung, Bäder, Wohnungsänderung u. a. m. zu empfehlen. Es kommen hier nun noch Maßnahmen in Betracht, welche auf folgende zwei sehr wichtige Fragen Antwort geben:

I. Wie können wir verhüten, daß primär kranke Personen, die noch arbeiten können und müssen, in eine für sie ungeeignete Arbeitsstelle gelangen und infolgedessen die Versicherung besonders schwer belasten?

II. Soll mit der Krankengeldunterstützung der Rückfall der Krankheit oder die Arbeitslosigkeit ausgeglichen werden?

Schon jetzt wissen wir, daß zahlreiche Menschen einen Beruf ergreifen, zu dem sie körperlich nicht veranlagt sind. Schon funktionelle Störungen des Sehorgans, der Sehschärfe, der Beweglichkeit der Augenmuskeln, des Farbensinnes machen die mit diesen Fehlern behafteten Personen für bestimmte Berufe arbeitsunfähig. Wir müssen also erstens verlangen, daß der Berufswahl eine allgemein ärztliche und spezialärztliche Untersuchung vorausgehe. Aber deren Ergebnis stellt für den Betreffenden (Arbeitsburschen, Lehrling, beginnenden Arbeiter) lediglich einen hygienischen Rat dar. Nun muß sich ja der Arbeitsuchende nach dem örtlichen Arbeitsmarkt, nach der für jeden Beruf verschiedenen Nachfrage, nach seinen Beziehungen zur Erlangung einer Arbeitsstelle richten, und dadurch könnte das ärztliche Ergebnis seiner körperlichen Arbeitsfähigkeit von dem Suchenden gar nicht berücksichtigt werden. Es bleibt also nur übrig die Gründung einer freiwilligen Arbeitsnachweiskommission. Dieselbe wäre dem Beirat B. lose anzugliedern. Im kleinen existiert eine solche auf ärztlichen Untersuchungsresultaten gegründete Arbeitsnachweiskommission im freiwilligen Erziehungsbeirat für schulentlassene Waisen. Die Hauptschwierigkeit der Ausführung liegt nur darin, für notorisch Kranke Arbeit zu suchen, für die sich genügend gesunde Personen anbieten.

Die Arbeitgeber würden kaum oder nur ausnahmsweise notorisch Kranke beschäftigen, die gesunden Arbeiter könnten befürchten, durch Kranke in den Arbeitsstellen verdrängt zu werden. Kurzum obwohl dieser Arbeitsnachweis nur aus dem Gesichtspunkte erfolgt, dem kranken Individuum eine angemessene Arbeit zu verschaffen, würde er sowohl bei Arbeitgebern als bei den Arbeitern selbst oft genug heftige Opposition finden. Und doch fordert die konsequente Therapie, daß für Tuberkulose nach Entlassung aus der Heilstätte zur Erhaltung der Heilung eine angepaßte Arbeitsstelle ausgesucht werde, daß Personen, die zeitweise mit Blei zu arbeiten hatten, diese Arbeit einstellen, um vorzeitige Invalidität zu vermeiden, daß Migränekranke während des Anfalles geschont werden. Eine passende Arbeit ist eben für die chronisch kranken, erwerbenden Arbeiter oft genug die einzige Therapie. Folgender Fall aus der Praxis diene zur Erläuterung: Der Maschinenbauarbeiter R. erlitt einen Betriebsunfall dadurch, daß er von einem Mitarbeiter mit einem schweren Instrument auf den Kopf geschlagen wurde. Kurz darauf traten alle Anzeichen einer traumatischen Neurose ein;

ich beantragte die Überweisung an eine offene Nervenheilstätte von der Krankenkasse aus, welche Maßnahme die subjektiven Beschwerden des R. so linderte, daß er zunächst keine Ansprüche an die Berufsgenossenschaft stellte und seine alte Beschäftigung als Schmied wieder aufnahm. Wie vorauszusehen war, stellten sich infolge dieser Beschäftigung die alten Beschwerden wieder ein, die sich so verschlimmerten, daß R. wiederum die Krankenkasse in Anspruch nahm. Mittlerweile war er wohl von Freunden belehrt worden; er wandte sich an die Berufsgenossenschaft. Ich bescheinigte in dem Gutachten an dieselbe, daß die traumatische Neurose unzweifelhaft vorhanden sei, daß aber eine geeignete Beschäftigung imstande sei, die Beschwerden des R. zu mildern, die Arbeitsfähigkeit auf einen höheren Grad zu bringen. R. wartete nicht den Ausgang seines Streitverfahrens gegen die ablehnende Berufsgenossenschaft ab, sondern meldete sich gesund, nachdem er eine leichtere Beschäftigung erhalten hatte. R. fühlt sich in derselben sehr wohl — wie er vor kurzem mir mitteilte — und hat nunmehr noch dazu laut Spruch des Schiedsgerichtes eine Unfallrente erhalten.

Offenbar war in diesem Falle die passende Beschäftigung, welche R. freilich erst infolge eintretender Vakanz und infolge des Verschweigens seines Unfalles erhielt, eine weit bessere Therapie als die Rente.

Derartige Fälle kommen wohl sehr vielen Ärzten zu Gesichte; diese dürften die Überzeugung gewonnen haben, daß die typische Rentenabfindung leichter, aber unzweckmäßiger als die geeignete Arbeitszuweisung ist.

Es kommt nun noch eine Überlegung hinzu, welche geeignet ist, uns die Schwierigkeit des Problems des therapeutischen Arbeitsnachweises deutlich zu machen; Erwerbs- und Arbeitsfähigkeit gehen nicht immer einander parallel. Wir haben in dieser Hinsicht die Versicherten in 4 Kategorien einzuteilen:

I. Volle Erwerbsfähigkeit,
volle Arbeitsfähigkeit.

II. Verminderte Erwerbsfähigkeit,
volle Arbeitsfähigkeit.

III. Volle Erwerbsfähigkeit,
verminderte Arbeitsfähigkeit.

IV. Verminderte Erwerbsfähigkeit,
verminderte Arbeitsfähigkeit.

Der Begriff der Erwerbsfähigkeit, der bekanntlich heute bei Juristen und Medizinern verschieden aufgefaßt wird, sollte scharf von dem der Arbeitsfähigkeit getrennt werden.

Die Erwerbsfähigkeit hängt von zwei Hauptfaktoren ab, von der subjektiven Beurteilung der physischen Beschaffenheit des Arbeiters durch den Arbeitgeber und von der Lage des örtlichen Arbeitsmarktes, die Arbeitsfähigkeit dagegen ist ein durchaus objektiver medizinischer Begriff; sie sagt aus, daß die körperliche Konstitution und die normale Funktion der einzelnen Organe zur Arbeit befähigen. Ein Arbeiter mit subnormaler Körperlänge kann volle Arbeitsfähigkeit besitzen und dennoch eben wegen seiner Kleinheit hinter seinen Kollegen in der Erwerbsfähigkeit zurückbleiben. Ein auffälliger kosmetischer Fehler, Narben, Ausschläge auf der Stirn, auf den Armen stören die Erwerbsfähigkeit, während die Arbeitsfähigkeit voll erhalten ist. Mir ist ein Fall in Erinnerung, daß ein junger Mann wegen Acne vulgaris auf der Stirn, welches Leiden für Syphilis gehalten wurde, keine Arbeit finden konnte. Bekannt ist das Schicksal der Psoriatiker, welche wegen der Schuppenflechte auf den Armen von ihren Mitarbeitern als syphilitisch angesehen werden und daher öfters die Arbeitsstelle verlieren. Umgekehrt kann die Erwerbsfähigkeit erhalten sein bei einem Versicherten, der blühend aussieht, aber irgendeine chronische innere Erkrankung aufweist, die seiner Arbeitsfähigkeit erhebliche Einschränkungen bringt. Arbeitern mit Lungenspitzenkatarrh wird nicht geglaubt, daß dieselben sich leicht matt, unfähig zum Steigen und Bücken fühlen, weil ihr Aussehen den allgemeinen Vorstellungen über Erwerbsfähigkeit nicht widerspricht. Am schlimmsten zu leiden haben hier die blutarmen, erwerbenden Frauen, die so gern als Simulanten angesehen werden. Wenn die organische Schädigung so schwer ist, daß die Arbeitsfähigkeit gänzlich aufgehoben ist, so pflegen auch meist Veränderungen im Aussehen, im Gang, oder auffällige Beschwerden wie Atemnot einzutreten, die von der Umgebung, vom Meister überhaupt, von den Laien als schwere Schädigung auch der Erwerbsfähigkeit betrachtet werden.

Weiter: Der Grad der Arbeitsunfähigkeit hängt ab

1. von der Art der zu leistenden Beschäftigung. Eine Fingerquetschung, die mit dem Verlust des Endgliedes des rechten Zeigefingers verknüpft ist, ist im Hinblick auf die Erwerbsfähigkeit und auch für manches Arbeitsfeld eine geringe Einbuße; für den Feinmechaniker dagegen stellt diese Störung eine schwere Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit dar. Die Krampfadern stören die Erwerbsfähigkeit, weil unsichtbar, gar nicht, wenn sie nicht so außerordentlich stark sind, daß sie den Gang erschweren; für die Arbeitsfähigkeit sind sie aber auch in leichteren Fällen, wenn ihr Träger viel stehen muß, sehr störend;
2. von dem Sitz der die Arbeitsunfähigkeit hervorrufenden Krankheit, von der Rolle des erkrankten Organes für die jeweilige Arbeit. Frakturen der Finger bedingen einen stärkeren Grad der Arbeitsunfähigkeit, als solche der Zehen;
3. von dem Grad und der Schwere der Krankheit.

Anders steht es mit der Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit durch Krankheit oder Unfall:

1. In den Zeiten wirtschaftlicher Krisen und Absatzstockungen pflegen sich die Betriebe zunächst ihrer kranken Arbeiter zu entledigen, während bei Zunahme des Absatzgebietes mehr und auch kranke Arbeiter herangezogen werden. Je günstiger der Arbeitsmarkt, je reichlicher Gelegenheit sich zum Erwerben bietet, desto geringer wird der Grad der Erwerbsunfähigkeit bemessen für diejenigen Personen, die durch Krankheit oder Unfall in der Arbeitsfähigkeit beschränkt sind;
2. die Erwerbsfähigkeit ist ferner relativ in bezug auf die technischen Kenntnisse des Arbeiters. Je weiter dieselben sind, desto größer ist sein Grad der Erwerbsfähigkeit. Den ungelernten Arbeiter beschränken vielfach Krankheit oder Unfall mehr in der Erwerbsfähigkeit, als den gelernten;
3. sie hängt ab, wie schon erwähnt, von der subjektiven Beurteilung der Erscheinung des Erwerbenden. Je weniger derselbe Narben, Ausschläge, ausgesprochene Häßlichkeit, Verstümmelungen u. a. aufzuweisen hat, oder je günstiger das Äußere trotz der Fehler vom Arbeitgeber beurteilt wird, um so mehr bessert sich der Grad der Erwerbsfähigkeit;
4. je besser die wirtschaftlichen Beziehungen des Arbeiters zur Erlangung einer Arbeitsstelle, Protektion seitens der Arbeitgeber oder des Gewerkvereins sind, um so günstiger steht die individuelle Erwerbsfähigkeit.

Die individuelle Arbeitsfähigkeit ist — allgemein ausgedrückt — ein objektives Produkt aus Art der Arbeit und adäquater Leistungsfähigkeit, die Erwerbsfähigkeit die subjektive Projektion des Arbeitsangebotes auf den Arbeitsmarkt.

Aus diesen Betrachtungen ergibt sich von selbst die Schwierigkeit der passenden Unterbringung eines erkrankten oder genesenden Versicherten.

Nicht minder schwierig gestaltet sich die Beantwortung der zweiten Frage: Soll bei den chronischen Kranken mit der Krankengeldunterstützung der Rückfall der Krankheit oder die Arbeitslosigkeit ausgeglichen werden?

Das bisherige Krankenversicherungsgesetz ignoriert das Vorhandensein chronisch kranker Versicherter. Im § 6 der Gemeindekrankenversicherung (Gesetz vom 25. Mai 1903) wird nur die Unterscheidung zwischen erwerbsfähigen (Absatz 1) und erwerbsunfähigen Kranken (Absatz 2) gemacht. Nur den letzteren wird Krankengeld gewährt. Nach § 20 der Bestimmungen für die Ortskrankenkassen wird Krankengeld gewährt im Falle einer Krankheit oder einer durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit. Und im § 28 bleibt Erwerbslosen der Anspruch auf die gesetzlichen Mindestleistungen in Unterstützungsfällen drei Wochen nach dem Ausscheiden aus der Kasse erhalten. Der Zentralverband der deutschen Krankenkassen begeht in seiner die Änderung beziehungsweise Zusammenlegung der Arbeiterversicherung betreffenden Petition denselben Fehler: er fordert (§ I) Unterstützungen im Falle der Krankheit und Krankengeld im Falle der Erwerbsunfähigkeit; freilich sondert er die chronischen Gewerbekrankheiten ab (§ III) und betrachtet dieselben als Folgen von Betriebsunfällen. Es wird also hier überall die Tatsache vom Gesetzgeber verschwiegen, daß zahlreiche Personen mit bestehender Krankheit in die Versicherung eingetreten sind und nunmehr sowohl bei Verschlimmerung des Leidens infolge der unpassenden Arbeit oder auch bei Verlust der Arbeitsstelle durchaus mit Recht als erwerbsunfähig bezeichnet werden müssen. Statt den Fehler in der Gesetzgebung einzusehen und zu verbessern, schieben die Juristen die Belastung der Versicherung auf die Ärzte! Tatsächlich aber übernehmen diese und die gesunden Versicherten die Kosten der Mehraufnahme kranker Personen.

Nun steht ja zu hoffen, daß bei der Verschmelzung der Arbeiterversicherung für zahlreiche chronisch kranke Versicherte, die gegenwärtig keinem Heilverfahren unterliegen können, die finanzielle Deckung des Heilverfahrens gegeben ist. Seit 1891—1901 gab die Invalidenversicherung allein 16508068 M., seit 1885—1901 die Unfallversicherung 21036920 M. für Heilverfahren aus.

Dazu kommen von seiten der Krankenversicherung von 1885—1891 Ausgaben für Arztkosten 343 922 426 M., Heilmittel 278 247 237 M., Anstaltspflege 198 427 532 M.

Vielen dieser chronischen Kranken wird entschieden der therapeutische Arbeitsnachweis von Nutzen sein. Es bleiben aber dann noch Kranke genug übrig, für die ein Heilverfahren unmöglich ist und die eben zum Erwerben gezwungen sind. Für diese soll eine besondere Kommission für kranke Arbeitsunfähige von Fall zu Fall entscheiden, ob entweder Arbeitslosen- oder Naturalien- oder medikamentöse Unterstützung oder Anstaltspflege für die einzelnen Rückfälle beziehungsweise Verschlimmerungen der Krankheit zu gewähren ist.

Die Grundlage für die Entschließungen dieser Kommission bildet das Gutachten des behandelnden Arztes, den der Kranke ohne triftige Gründe nicht wechseln darf (um nicht durch den Wechsel des Arztes zu versuchen, mehr Gefälligkeiten für sich herauszuschlagen), und eines oder mehrerer zugehöriger Spezialärzte. In dieser Kommission soll ferner ein Vertreter der städtischen Armenpflege und je ein Vertreter der freien Liebestätigkeit von seiten der Arbeitgeber (Vaterländischer Frauenverein, Hauspflege u. a.) und seitens der Arbeitnehmer (Gewerkschaft) vorhanden sein. Es ist besonders die Unterstützung der Arbeitslosen eine Aufgabe der Gewerkvereine, die zugleich den besten Schutz gegen die Arbeitsscheu abgeben.

In dieses Kapitel gehört auch die Ausdehnung der Versicherung erstens auf die Familien, zweitens auf freiwillige Mitglieder, drittens auf die Hausindustrie. Non multa sed multum! Wenn die Versicherung a priori mit zu viel Kranken belastet wird, so kann sie dem einzelnen nur wenig helfen und leicht dem finanziellen Ruin entgegengeführt werden. Was zunächst die Familienunterstützung betrifft so sollte man vor deren Einführung die Ärzte nach den Kosten fragen. In Nr. 2 und 3 des „Reformblattes für Arbeiterversicherung" berichtet Konrad Kothe über Praxis und Verwaltung der Betriebskrankenkasse der Großen Berliner Straßenbahn. Nachdem er ganz naiv den erhöhten Krankenstand des Jahres 1904 auf die dreifache Vermehrung der Kassenärzte zurückgeführt hat, äußert er sich über die Familienversicherung, wie folgt:

„Der verhältnismäßig ungünstige Kassenstand wird im wesentlichen durh die weitgehende Unterstützung der Familienangehörigen herbeigeführt, welche im Jahre 1904 ca. 75 000 M. Mehrausgaben erforderte. Einer Gesamtausgabe von 102 000 M. für Familienangehörige steht nur eine Einnahme von 26 300 M. aus den Zusatzbeiträgen gegenüber." Die zuschauenden Ärzte kann das nicht in Erstaunen versetzen. Ein Magendarmkatarrh eines Säuglings erfordert bei der Dauer von 6 Wochen Aufwendungen von Knorrschem Hafermehl, Biederts Rahmgemenge, die hier keine Nähr-, sondern echte Heilmittel sind, ferner von Kalomel, Tannigen und anderen Medikamenten. Und Magistralformeln gibt es hier ja nicht, weil die Kinderheilkunde jüngeren Datums ist als die Magistralformeln, und weil die Verordnung für jeden Säugling individuell verschieden ist. Nicht geringere Aufwendungen erfordert die Dyspepsie der Säuglinge, noch mehr die durch langwierigen Verlauf gezeichnete englische Krankheit. Bedarf es ausdrücklicher Betonung, daß späteres Kindesalter und die Frauen der Versicherten häufige und kostspielige Unterstützung erfordern? Die Blutarmut der Frauen, hervorgerufen und unterhalten durch Unterleibsaffektionen, häufige Geburten, chronische Unterernährung oder gar übermäßige gewerbliche Arbeit, ist die verbreitetste und ständigste Krankheit, deren Ursachen meist aus wirtschaftlichen Gründen unausrottbar sind. Man sollte aber sehr vorsichtig mit der Einführung der Familienversicherung sein, die bei zentralisierten Kassen eine weit höhere Inanspruchnahme der Unterstützungen erwarten läßt und höchstens in besonderen Fällen von Krankheiten der Mütter, eine einmalige Unterstützung festlegen. Oder es empfiehlt sich die kostenlose Verabreichung von Nährmitteln an solche Frauen und Kinder, welchen dieselben zur Heilung dienen, als besondere mit der Versicherung verbundene und je nach deren Überschüssen zu regelnde Einrichtung zu schaffen. Sobald die Familienversicherung erst eingeführt ist, dürfte ihre Abschaffung geradezu unmöglich sein. Ferner müßte die Aufnahme freiwilliger Mitglieder unter der Voraussetzung wiederholter ärztlicher Untersuchung erfolgen: für die chronischen Kranken müßten besondere Kautelen entweder in der Erhöhung der Beiträge oder Herabsetzung der Leistungen geschaffen werden. Was die Hausindustrie betrifft, die mit ihrer Überbürdung und ihren sonstigen bekannten aller Hygiene Hohn sprechenden Zuständen chronische Kranke züchtet, so ist sie tunlichst durch Gesetz einzuschränken resp. zu verbieten. In dieser Hinsicht wirkt das allgemeine Verbot der Kinderarbeit. Soll die Hausindustrie in die Versicherung miteinbezogen werden, und damit wieder die Zahl der kranken versicherten Frauen in die Höhe gehen, so empfiehlt sich entweder die Anwendung besonderer Fürsorge wie für die in giftigen Betrieben arbeitenden Personen oder der Kreis der gesunden Personen in der Versicherung ist zu vermehren, durch Einbeziehung der in den staatlichen Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen, oder es sind Versicherungs-

verbände zu schaffen, die den von der Hausindustrie besonders heimgesuchten Bezirken besondere Beihilfe gewähren.

Wir kommen nunmehr dazu, die Aufgaben des Beirates C kennen zu lernen. Sein Arbeitsfeld ist die Fürsorge für die dauernd Arbeitsunfähigen, den Weg, den er zur Erreichung seines Zieles einschlägt, habe ich als Armenpflege bezeichnet. Ich glaube hierzu aus folgender Erwägung heraus berechtigt zu sein: Die soziale Gesetzgebung ist ein sehr wichtiges Mittel der Verhütung und Versorgung der Armen, sie hat hauptsächlich zur Entlastung der städtischen Armenpflege beigetragen. Diese steht, wie Münsterberg hervorhebt, erst an letzter Stelle aller Maßregeln wider die Armut. Ein bedeutender Kreis notorischer Armen ist der Fürsorge des Beirates C unterworfen, nämlich alle diejenigen Personen, die infolge a) von höherem Alter, b) eines Unfalles, c) einer Krankheit dauernd und gänzlich arbeitsunfähig sind. (Ein weiterer großer Kreis wird der städtischen Armenpflege durch die künftige Witwen- und Waisenversicherung enthoben werden.) Die Armenpflege hat hier nicht die ihr zugehörigen Personen, sondern ihre verantwortliche Leitung gewechselt, an die Stelle der Stadt ist die Versicherungsanstalt getreten. Der Beirat C kann daher auch keine anderen Pflegearten als diejenigen der Armenpflege für seine Aufgaben, die teils sozialer, größerenteils aber rein humaner Art sind, verwenden.

In der bisherigen Invalidenversicherung sind drei Kardinalfehler gamacht worden.

I. Der Begriff der Invalidität ist nicht absolut auf Grund der Arbeitsunfähigkeit, sondern relativ in bezug auf die Erwerbsunfähigkeit im Gesetze festgelegt.

II. Der Arzt soll sich über den Grad sowohl der Arbeits- als der Erwerbsunfähigkeit gutachtlich äußern; er soll ein Urteil abgeben, wie der individuelle Verlust der Arbeitsfähigkeit von der Versicherungsanstalt sozial zu bewerten ist; dazu gehören Kenntnisse, die außerhalb seines beruflichen Wissens liegen.

III. Die Invalidenversicherung ist mit Aufgaben betraut worden, welche die Krankenversicherung ausführen müßte (§ 18 und 19 des Invalidenversicherungsgesetzes), andererseits ist für die Abfindung der Invaliden eine zu geringe Auswahl der Unterstützungsformen (Vorwiegen der Rente) vorhanden.

Es ist bekannt, zu welcher Verwirrung die verschiedenartige Definition des Begriffes „Invalidität" geführt hat. Es werden als invalide bezeichnet:

a) die dauernde für einen bestimmten Beruf (oder für eine bestimmte Gruppe von Berufen) absolute Arbeitsunfähigkeit. Hierher gehört die sogenannte Berufsinvalidität. Der Feinmechaniker, der sich eine schwere Fingerverletzung zuzog, ist nur für diesen Beruf, dauernd arbeitsunfähig;

b) die vorübergehende, für jeden Beruf absolute Arbeitsunfähigkeit. Nach § 16 des Invalidenversicherungsgesetzes erhält derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, Invalidenrente. Nach § 47 kann die Rente entzogen werden, wenn in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung eintritt, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt.

Hier handelt es sich also gar nicht um die Rente für die Unterstützung eines Invaliden, sondern um die Pflege eines Kranken. Der Laie, auch der Jurist, kann sich nicht leicht vorstellen, daß die Behandlung einer Krankheit jahrelang dauern kann. Nicht die Unterstützung mit Krankengeld bzw. Invalidenrente, sondern das medizinische Heilverfahren oder der therapeutische Arbeitsnachweis oder eine Kombination beider ist in solchen Fällen öfters indiziert. Beispiel: Tuberkulöse Coxitis. Es wird hier ferner die vorübergehende, für einen bestimmten Beruf eingetretene absolute Arbeitsunfähigkeit als Invalidität angesehen;

c) die dauernde für jeden Beruf absolute Arbeitsunfähigkeit.

Als Prototyp dieser Invalidität kann das Alter gelten. Der reiche Privatmann, der 80 Jahre erreicht hat, ist tatsächlich nach der Verfassung seines Herzens, seiner Schlagadern, seiner Gelenke für jede körperliche Arbeit unfähig; von unserem ärztlichen Gewissen aus müßten wir für ihn jede regelmäßige, körperliche Arbeit als gesundheitsgefährlich bezeichnen. Wir könnten ihn unter sicherer Übereinstimmung mit einem technischen Sachverständigen als 100 % arbeitsunfähig bezeichnen. Bei dem Versicherten dagegen ist dieses Höchstalter selbstverständlich bedeutend zu erniedrigen. Diese rein physiologische Erwägung hat in dem Invalidenversicherungsgesetz keinen Raum. Im Gegenteil erhält (nach § 15) ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte Altersrente, welcher das 70. Lebensjahr vollendet hat. Das Gesetz gibt den Greisen für das Alter eine „Pension", entschädigt aber nicht die meist zugleich vorhandene totale Arbeits- und totale Erwerbsunfähigkeit. Tatsächlich nehmen denn auch, im Gegensatz zu allen theoretischen aber leider im Invalidenversicherungsgesetz fixierten Erwartungen, die Altersrenten beständig ab, die Invalidenrenten dagegen zu. Wenn Roscher meinte (System der Armenpflege 1894, S. 306) zur Versicherung eignen sich Alterschwäche und Invalidität der Arbeiter in besonders hohem Grade, weil diese beiden Gefahren alle bedrohen, aber nur für die Minderzahl wirklich eintreffen, auch für die Betroffenen nicht gleich früh und gleich lange, so haben die Tatsachen eben diese „Grundlage" der Versicherung nachhaltig erschüttert und zu einer Diskussion über das Anwachsen der Invalidenrenten geführt, die von seiten der Juristen, die für das Gesetz einstanden und einstehen müssen, ausklingt in Anschuldigungen gegen die Ärzte (Mängel der Begutachtung) oder gegen die Versicherten (Simulation, Begehrlichkeit). Der Begriff der sogenannten reichsgesetzlichen Invalidität ist nicht beschränkt worden auf die körperlichen Bedingungen der totalen individuellen Arbeitsunfähigkeit, er ist vielmehr ausgedehnt worden auf: 1. die wechselnde Lage des Arbeitsmarktes, 2. die Annahme, daß Personen mit verminderter Arbeitsfähigkeit leicht auf dem Arbeitsmarkt Beschäftigung finden können. Nun gelingt es ja wohl noch tatsächlich notorischen Arbeitsunfähigen hier und da eine geeignete Arbeitsstelle zu finden; was aber berechtigte den Gesetzgeber, diesen Zufall als eine selbstverständliche normale Erscheinung zu betrachten? Denn „nach dem Gesetz gilt eine Person als dauernd erwerbsunfähig, welche nicht imstande ist, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Lohnarbeit zu verdienen pflegen und zwar durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufes zugemutet werden kann." Aus dieser gesetzlichen Formulierung folgt zweierlei Unrecht für die Therapie der Invalidität: Eine Gruppe von Invaliden erhält keine Rente, sondern wird auf die Arbeit verwiesen, kann aber solche nicht finden und fällt schließlich der öffentlichen Armenpflege zur Last, oder verzichtet freiwillig auf jede Unterstützung (vgl. die Ausführungen des Herrn San.-Rat Reib, Verhandlungen der Gesellschaft für soziale Medizin, Heft II, S. 7), die andere Gruppe erhält eine Rente zuerkannt und findet obendrein durch irgendwelche Beziehungen eine ihren Kräften angemessene oder unangemessene, vorübergehende oder dauernde, jedenfalls bezahlte Arbeit.

Hieraus folgt die Notwendigkeit der Reform der Maßnahmen gegen Invalidität. Nach unseren Vorschlägen scheiden die Heilbaren, denen die zentralisierte Versicherung ein entsprechendes Heilverfahren angedeihen läßt, aus. Zweitens scheiden diejenigen aus, denen die therapeutische Arbeitsnachweiskommission aus eine dem Rest der Gesundheit und den Fähigkeiten entsprechende Arbeitsstelle bringt.

Dann bleibt die Fürsorge für die eigentlichen Invaliden zurück. Darunter sind: 1. solche Personen zu verstehen, welche nach genügend langer Mitgliedschaft infolge des höheren Alters oder einer Krankheit in ihrer Arbeitsfähigkeit dauernd so beschränkt sind, daß sie ohne erheblichen Schaden für ihre Gesundheit außerstande sind, einen Beruf auszuüben (absolute Invalidität); 2. diejenigen Personen, welche infolge höheren Alters oder einer Krankheit einen kleineren oder größeren Rest von Arbeitsfähigkeit besitzen, aber infolge dieser Einbuße an Arbeitsfähigkeit keinen Erwerb finden können. (Relative Invalidität).

A. Die absolute Invalidität umfaßt:

1. das Greisenalter, das je nach der Art der Beschäftigung (gelernter, ungelernter oder geistiger Arbeiter, Pielicke, Verhandl. d. Ges. f. soz. Medizin, Heft 2) und nach dem Körperbau individuell und in einem zeitlich verschiedenen, aber unmöglich ganz exakt zu bestimmendem Zeitpunkte den Invaliden einzureihen ist;
2. viele unheilbaren Kranken, Krebs, Lungentuberkulose, Herzklappenfehler, Nierenentzündung u. a. m. sind in einem gewissen Stadium, d. h. zu einem nicht auf den Tag exakt zu bestimmenden, ebenfalls individuell verschiedenen Termine mit allgemeinen und örtlichen Beschwerden verknüpft, welche ihrem Träger es unmöglich machen, auch Arbeit von geringstem sozialen Werte zu produzieren.

Bei diesen beiden Gruppen tritt die Arbeitsfähigkeit gegen die Krankheit zurück, die Krankenpflege und als deren Unterabteilung die Alterspflege tritt in ihre Rechte.

B. Die relative Invalidität umfaßt ebenfalls zwei Gruppen:

1. diejenigen Personen, deren die bisherige Arbeit infolge der allmählichen oder plötzlichen Krankheit (Unfall) zu schwer wird, für welche also das Aussuchen einer leichteren Beschäftigung erforderlich ist. (Übergangsarbeit.) Der Asthmakranke z. B. ist imstande, leichtere Arbeit zu verrichten, bis die Arbeitsunfähigkeit absolut wird;
2. diejenigen Personen, deren Krankheit ein Endresultat aufweist, welches die Arbeitsfähigkeit in geringerem, in höherem Grade die Erwerbsfähigkeit einschränkt. Der Tabiker ist beim Auftreten des charakteristischen Ganges wenigstens im bestimmten Grade arbeitsfähig, es dürfte aber nur mit großen Schwierigkeiten verknüpft sein, ihn zu dieser Zeit auf eine Arbeitsstelle unterzubringen.

Wir haben also drei Stadien der Entwicklung zu beachten:

1. die Arbeit gesunder Personen, die auch von Kranken geleistet wird;
2. die Übergangsarbeit und 3. als Ausgangsstadium.
   a) die Arbeit der Erwerbsbeschränkten,
   b) die absolute Arbeitsunfähigkeit.

Bei dieser wesentlichen Verschiedenheit der absoluten und relativen Invalidität muß auch die Fürsorge verschiedene Wege einschlagen. Wie in der Armenpflege die Geldgewährung nicht die einzige Form der Unterstützung bildet, sondern bald der Arbeitsnachweis, bald die Geld- bald die Naturalienunterstützung in Anwendung kommen, so sollte jeder einzelne Fall von Invalidität nicht schablonenhaft mit einer Rente abgefertigt werden. Bei der absoluten Invalidität wird man von der Einzel- resp. Familienpflege oder auch von Altersheimen für nicht kranke Greise Gebrauch machen.

Für die oben bezeichneten kranken Invaliden kommt noch die ärztliche Pflege hinzu, zumeist in Siechenheimen oder Anstalten für unheilbare Kranke. Die ärztliche Versorgung sowohl der von vornherein kranken als der erkrankenden Invaliden ist heute wie bei den übrigen Armen deshalb sehr mangelhaft, weil die größeren Städte zu wenig Ärzte und Spezialärzte für deren Behandlung anstellen. Sehr viele Armenärzte ziehen es heute schon vor, dem Armen gute Nährmittel als billige Arzneigemische zu verabreichen. Und doch wäre es notwendig, auch die therapeutische Ökonomie der Armenpraxis näher zu erforschen! Die Gerechtigkeit fordert es, daß auch die Invaliden genau so, wie die übrigen Armen sich den Arzt ihres Vertrauens wählen dürfen. Die Zahl der sich zur Verfügung stellenden Ärzte dürfte ausreichend sein.

Sehr wichtig ist die Tätigkeit der Kontrolleure, oder wie wir sie wohl bezeichnen dürfen, der Invalidenpfleger.

Ihnen muß die Revision der Invaliden, da wo es sich um Familienpflege handelt, hinsichtlich der Wohnung, der Ernährung, des Alkoholgenusses, der Umgebung obliegen. In den Invalidenhäusern muß sich die Revision auf ähnliche Erhebungen erstrecken. Ferner ist es Aufgabe des Invalidenpflegers, den Stand und die Veränderungen der Erwerbsverhältnisse und des körperlichen Befindens des seiner Fürsorge anvertrauten Invaliden zu erkunden. Von seinen Berichten hängen weitere Entschließungen des Beirats C ab. „Der beste Samariter ist der Arzt“, dieses Wort gilt in sinngemäßer Änderung auch für die Invalidenpflege. Der Nichtarzt bildet sich oft über Konstitution und Milieu der Invaliden ein unzutreffendes, einseitiges Urteil.

Nach diesen Darlegungen erkennen wir, daß die Aufgaben und demgemäß die Ausführungsorgane des Beirats C besonders mannigfaltig sind. Zu den letzteren gehören:

1. Die Ärzte sowohl der geschlossenen Anstalten als der Einzelpflege. Sie haben
   a) gutachtliche Berichte über den Stand der Invalidität abzugeben;
   b) die Behandlung zu übernehmen, im Falle des Rückfalles der alten Krankheit oder bei einer neuen Erkrankung. Wenn angängig und kein Gegengrund vorliegt ist der Invalide seinem früheren (langjährigen) Arzte zuzuweisen;
2. die Invalidenpfleger;
3. die Arbeitgeber und Arbeitnehmer (Unterbringung in eine Beschäftigung);
4. die privaten und wohltätigen Vereine (Unterstützung der Familien, Fürsorge für leichte Beschäftigung, Verabreichung billiger Nahrungsmittel).

An den praktischen Sitzungen des Beirats C nehmen also teil: Ärzte, Pfleger, Arbeitgeber; Vertreter der Gewerkschaften, der privaten (Frauen-) Vereine. Die theoretischen Aufgaben des Beirats C. bestehen in der Führung der Invalidenstatistik und -Kasuistik, in Untersuchung der Ursachen der Invalidität und deren Verhütung.

Für den so skizzierten Bau der sozialen Versicherung paßt keine andere Verwaltung als die parlamentarische, d. h. eines mitbeschließenden Rates von Sachverständigen, neben der eigentlichen geschäftsführenden Stelle.

Die Schwierigkeit in der Konstituierung dieses Parlaments liegt nur darin, daß es keineswegs irgendwelchen parteipolitischen Charakter besitzen darf, sondern beruhen muß auf einer vollständigen Gliederung auf sozialhygienischem Gebiete, die noch kaum über das früheste Stadium der Entwicklung hinausgekommen ist. Freilich die ärztliche Gewerkschaft sehen wir kräftig fortschreiten, ihre Vertrags-, Vertrauens- und Krankenkassenkommissionen, ihre Versammlungen und Publikationsorgane

beweisen, wieviel die Ärzte bisher in sozialer Hygiene gelernt haben.

Aber man muß bekennen, die Arbeitgeberorganisationen betrachten die soziale Hygiene als ein Land, welches sie nur gezwungen auf höheren Befehl bebauen, während die Arbeitnehmer das alleinige Heil von der sozialdemokratischen Hygiene erwarten.

Schmal ist der Weg der Pflicht, auf dem sich beide Parteien treffen und verständigen können; die Ärzte sind hierfür die Friedensvermittler. Und so meine ich, wird in der kleinsten Stadt, oder in einem Bezirk mehrerer Ortschaften ein unbesoldetes Parlament aus Arbeitgebern, Arbeitnehmern, Ärzten, Spezialärzten, Apothekern, Krankenpflegern, ärztlichen und technischen Gewerbeinspektoren, Armenpflegern als Beirat für die örtliche Versicherung errichtet werden können. Je vollendeter die berufständische Gliederung dieser Gruppen sein wird, je mehr auch Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Erkenntnis und Würdigung der sozialen Hygiene gelangen, um so leichter wird es sein, für die Erfüllung der hohen und schwierigen Aufgaben der Versicherung geeignete, uneigennützige und von jeder Partei unabhängige Männer zu finden, mögen dieselben nun aus lokaler Wahl oder aus der Ernennung der Zentralstelle des betreffenden Berufsverbandes hervorgehen.

Ich brauche es nicht zu betonen, daß nach diesem Plane eine weitgehende Entlastung des Oberbaues der sozialen Versicherung des Reichsversicherungsamtes stattfindet. Die erhöhte Inanspruchnahme derselben beruht a) auf den Mängeln der Invalidenversicherung, b) der Unfallversicherung. Die Unterscheidung zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Unfällen muß bei der zentralisierten Versicherung fortfallen, ein Mißstand, den der zitierte Entwurf der Ortskrankenkassen richtig erkannt hat und beseitigt wissen will. Die gesetzlich festgelegte Rente für die infolge des Betriebsunfalles eingetretenen Schädigungen ist geeignet, berechtigte und unberechtigte Ansprüche auf ihre Erhebung zu vermehren; sie hat eben beträchtliche Nebenwirkungen zur Folge, sie erzeugt fortdauernd subjektive Vorstellungen über den Grad der Arbeitsunfähigkeit, subjektive Bemessung der Schwere des Unfalles nach dem Grade der wirtschaftlichen Schädigung für den Verletzten und dessen Familie, ein subjektives Urteil über die Fortdauer der körperlichen Störung. Kurz, sie führt bei dem Verletzten zu einem Kampf ums Recht, ein Moment, das bekanntlich sehr viel zur Verschlimmerung der Unfallerkrankung beiträgt. Verderblich ist in dieser Hinsicht ganz besonders das bureaukratische Schema der ersten 13 Wochen: Meldung des Unternehmers, Vernehmung durch das zuständige Polizeirevier, vorläufige Familienunterstützung seitens der Krankenkasse. Das informatorische Attest, das über jede mit Arbeitsunfähigkeit einhergehende verbundene Krankheit, also auch über die schweren Unfälle abgegeben wird, ist die geeignetste Form der Anzeige, die beste Grundlage für Unfallstatistik, -behandlung und -verhütung.

Das Unfallversicherungsgesetz ging bekanntlich aus von der Haftpflicht der Unternehmer. Zugegeben, daß in einer großen Zahl der Betriebsunfälle seitens der Betriebe Schutzvorrichtungen fehlen oder mangelhaft gehandhabt werden, in einer nicht geringen Anzahl überwiegt die eigene Unvorsichtigkeit des Verletzten. Treten nun etwa die Straßenbahngesellschaften oder Stadtverwaltungen für Unfälle ein, welche Passanten durch eigene Unvorsichtigkeit sich im Verkehr zuziehen? Ferner zeigt sich eine ungerechtfertigte Inanspruchnahme der Arbeitgeber darin, daß bekanntlich nach der Zahl der Unfälle die Gefahrenklasse erhöht wird, während doch die Zahl der Unfälle in den Betrieben schwankt und nur ein Bruchteil zur Entschädigung gelangt. Aus allen diesen Gründen und weil ja die Endresultate beiderseits dieselben nämlich Störung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind, empfiehlt sich der Fortfall der Unterscheidung zwischen betrieblichen und außerbetrieblichen Unfällen.

Der Oberbau der Versicherung würde also ganz andere Aufgaben erhalten; er müßte fungieren

1. als Aufsichtsbehörde,
2. als Schiedsgericht,
3. als Zentralauskunftsstelle für die unter sich verbundenen lokalen Versicherungen. Seine Zusammensetzung würde sich entsprechend den Funktionen der vereinfachten Versicherung und deren hygienischen Berufsparlamenten ändern müssen.

Es ist in der Gegenwart außerordentlich schwierig, die soziale Versicherung in eine von jeder Politik freie und lediglich der sozialen Terapie gewidmeten Bahn zu führen. Sind doch beide vielfach leider mit einander verknüpft, so daß z. B. die Erhöhung der Lebensmittelpreise eine verderbliche Rückwirkung auf den Lebensunterhalt gesunder und noch mehr kranker Arbeiter äußern kann. Dennoch habe ich mich bemüht zu zeigen, welche Funktionen eine unabhängige, jedem Versicherten nützliche soziale Versicherung zu erfüllen hat.

In den ersten Anfängen ein Institut der Armenpflege, sodann eine Wohlfahrtseinrichtung im Sinne einer nationalen Gewerkschaft steht die deutsche Arbeiterversicherung jetzt vor dem bedeutsamen Augenblick, ein Gebäude nationaler Zwangsgenossenschaft, ein hervorragendes Denkmal der Volksgesundheit zu werden. Und die Mittel zur Erreichung ihrer Ziele heißen therapeutische Ökonomie und Fürsorge für Arbeitsunfähige und Invaliden.

Berichtigung für Seite 342 dieser Zeitschrift Zeile 22 von unten: Satz III ist nach II zu lesen, nicht vor I.

Über jugendliche Lügnerinnen.*)

(Mit zwei Fällen aus der Provinzial-Irrenanstalt zu Treptow a. Rega.)

Von

Dr. Horstmann.

Meine Herren!

Ich erlaube mir in Kürze über zwei jugendliche Brandstifterinnen zu berichten, die in den Jahren 1900 und 1905 unserer Anstalt zur Beobachtung und Begutachtung überwiesen wurden und bei welchen — wie mir scheint — die Art der an den beiden Explorandinnen wahrgenommenen Lügenhaftigkeit ein besonderes klinisches Interesse beanspruchen darf und als kasuistisches Material zur Frage der pathologischen Lüge beigetragen werden mag.

Erster Fall: Martha Z., bisher unbestraft, hat einen beschränkten Vater (Bauerngutsbesitzer), der ihr keine gute Erziehung gab, erblich weiter nicht belastet, zündete mit $15^1/_2$ Jahren dem Nachbar die Scheune an. Z. hatte ihrem Vater und einer Tante das Feuer einige Stunden vorher prophezeit, sie könne ja aus den Karten lesen. Sie bat vorher den Vater, am Göpelwerk nahe der Brandstelle die Pferde treiben zu dürfen, damit sie gleich sähe, wenn etwas passiere. Der Vater erzählte all dieses harmlos dem geschädigten Nachbar. Die Z. war außerdem die erste, welche das Feuer bemerkte und somit war der Verdacht natürlich auf die Z. gelenkt Ein Gendarm unterzog sie einem Verhör, wobei die Z. Folgendes angab: Vor einem Vierteljahr sei ihr eine feine Dame im Felde begegnet. Dieselbe habe ihr die Karten gelegt und ihr daraus offenbart, daß ihrem Vater immer Geld gestohlen würde, sie hätten einen falschen Nachbarn. Die Dame habe ihr das Karten-

*) Vortrag, gehalten auf der Versammlung des nordost-deutschen psychiatrischen Vereins in Danzig am 3. Juli 1905.

legen gelernt, und einen Zettel gegeben, den sie im Felde habe vergraben müssen. Von der Zeit an könne sie aus den Karten die Ereignisse jeden Tages vorher weissagen. Durch diese Kenntnis des Kartenlegens habe sie auch das ihrem Vater gestohlene Geld entdecken und ihm wieder verschaffen können und habe sich dafür verschiedene Kleidungsstücke gekauft. Weiter angestellte Ermittlungen ergaben nun, daß an der Z. nie Zeichen von geistiger Gestörtheit oder epileptische Symptome bemerkt wurden. Lehrer und Pastor erklärten die Z. als ein schüchternes, bescheidenes, dabei aber sehr beschränktes Mädchen, welches schlecht lernte. Ein besonderer Hang zum Lügen trat in der Schule nicht hervor. Es wurde aber bekannt, daß die Z. seit ihrem zwölften Jahre ihren Vater und auch fremde Personen bestohlen hatte. (Geldbeträge bis zu 10 M.) Für das gestohlene Geld kaufte sie Naschereien, allerlei Kleidungsstücke und machte kleine Landpartien in die Umgegend, wozu sie sich Freundinnen einlud und dieselben freihielt. In den Geschäften gab sie gelegentlich ihrer Einkäufe falsche Personalien an, sie sei ein Stubenmädchen bei Herrn von Randow usw.

Bei ihrer weiteren Vernehmung erklärte die Z., unmittelbar vor Ausbruch des Feuers habe sie sich die Karten gelegt. Auf einer aus dem Spiele gezogenen Karte habe in deutschen Buchstaben gestanden: „Es kann am heutigen Tage noch Feuer ausbrechen.“ Sie brachte dann von neuem das Märchen von der Dame, die ihr das Kartenlegen beigebracht habe, vor. Sie kam dann der Aufforderung, sich die Karten zu legen, nach und erging sich in mystischen Weissagungen, wie: „Wir sind noch sehr unglücklich, wir liegen auch noch in Asche, uns trachtet einer nach dem Leben usw.“

Dem Richter sagte sie nach einem Blick in die Karten: „Sie wollen mir das nicht glauben, was ich sage“, während sie dem Gendarm aus den Karten offenbarte, „er sei viel verklagt“. Trotz ihres Ableugnens der Brandstiftung wurde die Z. in Untersuchungshaft genommen. In einer dort stattgehabten Vernehmung erklärte die Z., sie könne gar nicht Karten legen; die Dame, der sie im Felde begegnet sei, habe ihr nur den genannten Brand vorher geweissagt. Auf Vorhalt kommt sie zu ihrer alten Behauptung zurück, den Brand aus den Karten ersehen zu haben. Aufgefordert, aus einem ihr vorgelegten Kartenspiele den Aufenthalt ihres Vaters zu erforschen, verkündet sie aus den Karten dessen Anwesenheit in der Heimat bei der Arbeit. Als man dann zu ihrer Überraschung ihren Vater, der gerade zum Besuch kam, eintreten ließ, meinte sie rasch gefaßt, die Dame habe ihr gesagt, es träfe nicht alles ein, was die Karten sagten. Im Gefängnis wurden, abgesehen von einer leichten Reizbarkeit an der Z. keine weiteren auffälligen Erscheinungen bemerkt. Fünf Monate nach der Tat, kurz bevor sie 16 Jahre alt wurde, kam die Z. in die hiesige Anstalt zur Beobachtung. — Hier zeigte sich die Z. geordnet, ruhig und fleißig, war aber bis zu ihrem Scheiden aus der Anstalt den Ärzten gegenüber von großer Zurückhaltung. So wie die Sprache a f ihre Straftat kam, schwieg sie völlig und es gelang in den se hs Wochen ihres hiesigen Aufenthalts nicht, sie zur Aussprache über ihre angebliche Fertigkeit im Kartenlegen, sowie über ihre abenteuerliche Begegnung mit der feinen Dame zu veranlassen.

Symptome einer ausgesprochenen Geisteskrankheit wurden hier nicht gefunden. Dagegen fiel die Reizbarkeit und die sehr labile Stimmung auf. Ein geringer Tadel von einer Pflegerin in mehr gutmütig, scherzender Weise erteilt, erzeugte bei ihr sofort eine tiefe Verstimmung; sie verließ sofort, ohne ein Wort zu sprechen, ihre Arbeit und legte sich ins Bett. Aber auch ohne äußeren Anlaß traten bei der Z. hier in ganz auffallend akuter Weise wiederholt tiefe Verstimmungen, die eine Dauer von einer Stunde bis einen Tag hatten, auf, in der Weise, daß die bis dahin noch ruhig arbeitende, an der Unterhaltung der Umgebung sich beteiligende Z. plötzlich fortlief und sich in ihr Bett legte. Dabei stellte sich zugleich mit der Verstimmung eine Unregelmäßigkeit des Pulses ein mit einer Beschleunigung bis zu 126 Schlägen in der Minute. Gleichzeitig mit dieser Pulsbeschleunigung trat eine auch in der ruhigen Zeit nicht zu übersehende Pupillendifferenz deutlich hervor.

Die Schulkenntnisse der Z. waren ihrem Alter entsprechend. Das Gedächtnis zeigte keine Herabsetzung. Als Zeichen eines mäßigen Grades von Schwachsinn mußte ihre hier stets zutage getretene große Gleichgültigkeit für ihr eigenes weiteres Schicksal aufgefaßt werden.

Die Z. erwies sich hier in einer ihrem Alter völlig entsprechend vorgeschrittenen, körperlichen Entwicklung. Sie war bisher noch nicht menstruiert. Sie war kräftig gebaut und zeigte außer der oben erwähnten Pupillendifferenz noch eine deutlich schwächere Innervation der linken Gesichtshälfte.

Die Z. wurde von hier aus als „nicht geisteskrank“ aber als „vermindert zurechnungsfähig“ begutachtet. Sie mußte wegen Mangel an Beweisen freigesprochen werden. Leider war es mir bisher nicht möglich, trotz schriftlicher Anfragen, etwas über die weitere intellektuelle und namentlich sittliche Entwicklung der nun seit fünf Jahren entlassenen Z. zu erfahren. Bei der absoluten Schweigsamkeit, welche die Z. hier in der Anstalt beobachtete, sowie auf ihre Straftat die Rede kam, war es nicht möglich, die Lügenhaftigkeit der Z. näher zu untersuchen; so muß z. B. unentschieden gelassen werden, wie weit die Z. selber an ihre vorgebrachten Unwahrheiten glaubte. Nichtsdestoweniger erscheinen mir das Mißverhältnis zwischen dem Reichtum der Phantasie (vgl. die Erzählung von der Begegnung mit der feinen Dame) und der sonst mäßigen intellektuellen Befähigung, der Mangel an Berechnung, der sich in all den Schwindeleien kundgibt, die Unvorsichtigkeit in ihren Erzählungen, mit denen die Z. sich ohne jeden Grund selbst verdächtig und ferner die hier festgestellten krankhaften Symptome (die Reizbarkeit, der jähe Stimmungswechsel mit Pulsbeschleunigung, die Differenz der Pupillen und der Gesichtshälften) hinreichende Stützen für die Annahme zu sein, daß die Lügenhaftigkeit der Z. eine bei einem von Hause aus psychopathisch veranlagten Individuum krankhaft bedingte ist. Auch das sonstige Gebahren der Z., das Auftreten unter falschem Namen, die vielen Einkäufe, die Großspurigkeit, sich zu Vergnügungsreisen noch Gäste einzuladen, das geheimnisvolle Wichtigtuen bei dem angeblichen Auslegen der Karten, die Promptheit, mit der sie eine Überführung durch neue Lügen zu parieren weiß (vgl. oben: Bei dem unerwarteten Vorführen ihres Vaters im Gefängnis meint sie harmlos, nach Aussage der Dame träfen nicht alle Verkündigungen der Karten ein), das sind alles Züge, wie sie bei pathologischen Schwindlern häufig gefunden werden. Ich stehe nicht an, diesen Fall zur Pseudologia phantastica Delbrücks zu rechnen.

Viele Ähnlichkeit bietet der zweite Fall:

Die bisher unbestrafte Marie Z. stammt von liederlichen Eltern, die sie beide im ersten Lebensjahr verlor. Sie wurde dann in Pflege gegeben, wechselte dabei oft den Ort. Zeichen von Geistesstörung oder Epilepsie wurden an ihr früher nie beobachtet. In der Schule machte sie schlechte Fortschritte, sie lernte schwer und war faul. Auf der andern Seite galt sie aber als verschlagen und namentlich als sehr verlogen. Kein Mensch glaubte, was sie sagte. Die Verlogenheit hatte sogar bei ihrem Pflegevater den Verdacht erweckt, als sei die Z. nicht ganz normal. Sie log nämlich nach Angaben des Pflegevaters nicht nur, wenn es ihr Vorteil brachte, sondern auch bei Erzählungen der gleichgültigsten Dinge und wußte zuletzt selbst nicht mehr, was sie erzählt hatte. Nach der Einsegnung wurde die Z. mit $14^1/_2$ Jahren Magd bei einem Pastor auf dem Lande. Sie faßte eine tiefe Neigung zum 19jährigen Sohne des Pastors, die in Haß umschlug, als dieser ihre Liebeswerbungen zurückwies. Aus Rache dafür zündete die Z. am 27. September 1904 den Boden des Pastorhauses an und zwar zu einer Zeit, als dort kurz vorher der Pastorssohn mit einem Bienenräucherapparat in der Nähe des dort aufgestapelten trockenen Holzes sich zu schaffen gemacht hatte, so daß der Verdacht einer fahrlässigen Brandstiftung sich auf diesen lenken konnte. Die Tat wurde aber von der Umgebung sofort der Z. allein zugetraut, sie wurde schon am Tage nach dem Brande vernommen und verwickelte sich dabei in Widersprüche. Eine Woche später nochmals vom Gendarm vernommen, räumte sie die Tat unumwunden ein unter Darlegung aller Einzelheiten der wohl überlegten Brandstiftung. Aber vierzehn Tage

später bestreitet sie vor dem Amtsrichter alle Schuld. Ihr angebliches Geständnis habe sie dem Gendarm gegenüber nur gemacht, auf dessen Versicherung, daß sie durch ein Eingeständnis sofort frei käme und straffrei bliebe. Eine Woche darauf bekennt sie sich wieder zur Tat und meint, sie habe mit der Brandstiftung dem Pastorssohn nur einen Schreck einjagen wollen und bleibt bei diesem Eingeständnis auch auf einem acht Tage später abgehaltenen Lokaltermin. Aber auch bei diesen Eingeständnissen sucht sie sich noch ins beste Licht zu setzen, natürlich mit allerlei unwahren Angaben. Wenige Tage vor der Hauptverhandlung hatte sie im Untersuchungsgefängnis noch zweimal bei Vernehmungen die Brandstiftung ohne alle Einschränkung eingeräumt, um so unerwarteter kam ihre Ableugnung der Tat in der Hauptverhandlung selbst Sie kam dann zur Begutachtung in unsere Anstalt. Während der Beobachtungszeit wurde sie gerade fünfzehn Jahre. Auf Fragen bezüglich ihrer Straftat gab sie hier zuerst wiederholt an, das Geständnis sei von ihr nur durch Einschüchterung erzwungen worden, räumt dann aber auf gütiges Zureden die Tat völlig ein, erzählt alle Einzelheiten und Überlegungen vor und während der Brandstiftung, und ist sichtlich zerknirscht über ihren Fehltritt. Sie sagt von sich selber, daß sie verlogen sei, wisse gar nicht, woher sie das habe usw.

Als sie später auf das herannahende Ende ihrer Beobachtungszeit aufmerksam gemacht wird, nimmt sie auch hier wieder ihr Eingeständnis zurück, das sei ihr nur durch Beeinflussungen abgezwungen worden; aber schon am gleichen Tage legt sie das Geständnis von neuem ab. Wenige Tage später wurde sie entlassen. An der Z. wurden keine Zeichen einer ausgesprochenen Geisteskrankheit oder Epilepsie entdeckt. Gedächtnis und Urteilskraft waren recht gut. Wie treffend sie ihre Lage beurteilte, ging hervor aus ihrer hier gemachten Äußerung, sie werde ja im Fall einer Verurteilung in ihrem jugendlichen Alter doch wohl nicht ins Gefängnis, sondern in eine Besserungsanstalt geschickt werden. Die Z. war hier immer äußerlich vollkommen geordnet. Nicht zu verkennen war aber bei ihr ein leicht manischer Zug und eine wohl damit zusammenhängende gesteigerte Erotik. Die Z. war hier stets folgsam und recht bescheiden. Es fehlte aber andererseits die natürliche Schüchternheit, wie man sie bei einem Mädchen ihres Alters nach plötzlicher Versetzung in eine so durchaus neue Umgebung erwarten mußte. „Sie tut so gar nicht fremd", meinten Pflegerinnen und Kranke ihrer Abteilung. Sie lachte die Ärzte stets sehr zutraulich und ungeniert an, rief ihnen einen Gruß nach usw.

In der Abteilung renommierte sie gern mit ihrem angeblichen Liebesverhältnis zu dem Pastorssohn, sie studierte im Daheim eifrig die Heiratsannoncen. Auch durch Äußerungen wie: „Wer geliebt werden will, muß sich putzen" und die an eine Pflegerin gerichtete Frage, ob sie das Lied kenne: „Es schlief ein Graf bei seiner Magd" verriet sich eine gewisse sexuelle Erregung.

Abgesehen von einigen Entartungszeichen bot die körperliche Untersuchung keine Abweichungen. Die Z ist ein gesundes, kräftiges Mädchen und macht bereits einen vollständig jungfräulichen Eindruck. Sie hat gut entwickelte Brüste, die für den weiblichen Habitus kennzeichnenden Körperrundungen sind bereits ausgesprochen, der Mons. veneris ist reichlich mit Schamhaaren bedeckt, die Stimme hat bereits das etwas schärfere kindliche Timbre verloren. Dabei ist aber die Z. bisher nicht menstruiert

Das Gutachten lautete: „Nicht geisteskrank, aber geistig minderwertig. Die im § 56 des Str. G. B. erforderliche Einsicht ist vorhanden." Die Z. wurde zu einem Jahr Gefängnis verurteilt. Die Lügenhaftigkeit der Marie Z. kann auch als eine krankhafte aufgefaßt werden. So läßt sich am besten diese ständige Wiederholung des Eingeständnisses der Tat mit der jeweils gleich darauf folgenden Zurücknahme dieser Geständnisse erklären. Auch die Äußerung des Pflegevaters (die Z. lügt auch, wenn sie keinen Vorteil davon hat, sie weiß nachher selber nicht mehr, was an ihren Erzählungen Wahres ist) läßt in der Lügenhaftigkeit der Z. eine pathologische Grundlage vermuten.

Als Pseudologia „phantastica" wird man aber doch nicht so ganz ohne weiteres die Neigung zum Lügen bei der Marie Z. bezeichnen. Dafür sind die Lügen derselben zu wohlüberlegt und zu deutlich als Schutzlügen eines für ihr Alter recht geweckten Mädchens gekennzeichnet. Auch fehlt ihren Lügen der Reichtum einer blühenden Phantasie, den wir im vorigen Falle kennen lernten und der bei der eigentlichen Pseudologia phantastica sonstiger Beobachtungen doch nie fehlt. Die Frage, ob hier ein reiner Fall von pathologischer Lüge vorliegt, wird mit Sicherheit nicht zu entscheiden sein. Der Annahme, daß hier eine Übergangsform von der Lüge des Normalen zur krankhaften Lüge vorliegt, wird man ihre Berechtigung nicht absprechen können. Von Bedeutung scheint mir der hier festgestellte leicht manische Zug zu sein, der besonders in einer gesteigerten sexuellen Erregung sich äußerte.

Vergessen wir nicht, daß die Z. in jenem kritischen Alter kurz vor Eintritt der Menses steht. Ich bin geneigt, in dieser leicht manischen, sexuell gefärbten Erregung den Ausdruck einer präpubischen Labilität zu erblicken, die in diesem Falle vermutlich auch in gewisser Beziehung zur Lügenhaftigkeit der Z. steht, wohl in der Weise, daß die Labilität diese schon bestehende Lügenhaftigkeit in dieser Zeit erheblich steigerte; wie auch bei der Z. alle andern längst bestehenden sittlichen Mängel in dieser Zeit stärker hervorgetreten sein mögen. Denn obgleich die Marie Z. wohl immer ein verdorbenes Kind war, so wird sie doch erst in diesem Alter kriminell.

Hier sei nebenbei bemerkt: Der Ausdruck „präpubisch" mag der einfachen Verständigung halber zur Bezeichnung der Zeit kurz vor Eintritt der ersten Menstruation, wie er in der Literatur geführt wird, beibehalten werden. Streng genommen halte ich ihn nicht für zutreffend. Denn das Auftreten der ersten Menstruation kennzeichnet meines Erachtens nicht den Beginn der Geschlechtsreife beim Weibe. Wir verstehen unter Pubertät die Epoche der körperlichen und psychischen Ausreifung, in welcher entsprechend den wichtigen somatischen Umgestaltungen (allgemeine Größenzunahme des Körpers, im besonderen des Schädels und des Gehirns, Zunahme der Muskelkraft, Steigerung der nutritiven und formativen Reize, Stimmwechsel, Verengerung der Blutgefäße, Stoffwechseländerungen usw.) sich jenes schwankende, durch Überschwänglichkeit der Gefühle, Unternehmungslust, Selbstüberschätzung, mangelnde Einsicht gekennzeichnete psychische Verhalten geltend macht. Wille beklagt mit Recht, wie wenig scharf diese Epoche, die Pubertätszeit, nach unten und oben von einigen Autoren abgegrenzt wird. Jedenfalls ist der Zeitraum ein größerer, als häufig angenommen wird. Es ist von eminenter forenser Bedeutung und anthropologisch begründet, die Grenze dieser Epoche nach oben zu erweitern in der Weise, daß entsprechend dem Abschluß der Entwicklung des Gehirns und dem damit Schritt haltenden Ausbau des Charakters sowie der höheren intellektuellen Eigenschaften, der Beginn des dritten Dezenniums als Ende der Pubertätszeit anerkannt wird. Vom rein klinischen Standpunkt aus darf man aber auch andererseits beim Weibe den Beginn der Pubertät schon einige Jahre **vor** Eintritt der Menstruation annehmen. Axel Key verlegt auf Grund von Untersuchungen der Körperzunahme den Beginn der Pubertät auf das zwölfte Jahr. Wir können aber auch erhebliche psychische Schwankungen schon vor Eintritt der Menses als organisch bedingt begreifen, wenn wir uns vergegenwärtigen, daß der Uterus eines zwölfjährigen Mädchens sich noch kaum von dem eines neugeborenen unterscheidet, um dann in kurzer Zeit bis zum Eintritt der ersten Menstruation zu dem Grade der Entwicklung zu kommen, auf dem er dann (natürlich in nicht gravidem Zustande) für das weitere Leben stehen bleibt. Eine physiologisch weit wichtigere Erscheinung als die erste Menstruation ist die sich äußerlich nicht manifestierende erste Ovulation. Allerdings ist eine Menstruation ohne reife funktionierende Ovarien unmöglich; aber wohl kommt es umgekehrt zu Ovulationen ohne

Menstruationen (Beweis: es finden ausnahmsweise Konzeptionen statt, ohne daß sich nach einem Wochenbett bei nicht Stillenden die Menses wieder gezeigt haben, auch nach jahrelang bestehender Menopause ist Gravidität erfolgt, und namentlich konzipieren doch auch Frauen, die nie menstruiert waren). Wir wissen auf Grund zahlreicher Erfahrungen, daß beim Weibe in den sogenannten kritischen Epochen des Geschlechtslebens (Pubertät, Gravidität, Laktation, Klimakterium) das psychische Gleichgewicht leicht gestört wird und daß auf der Höhe des Geschlechtslebens die Stimmungslage des Weibes zur Menstruation in bestimmter Wechselbeziehung steht. Im Gegensatz zu den Anschauungen früherer Dezennien erblicken wir jetzt aber in der Menstruation nur die äußere Manifestierung eines allgemeinen biologischen Vorganges, einer Wellenbewegung, die sich nach Goodmann fast durch das ganze Leben des Weibes zieht und der adäquate physiologische Schwankungen in der gemütlichen Stimmung entsprechen. Goodmann zeigte auch, daß der Höhepunkt dieser Wellenbewegung und der damit gesteigerten Gemütserregbarkeit nicht intramenstrual zu suchen ist, sondern daß die Kurve ihre Höhe zwei bis fünf Tage jeweils vor Eintritt der Menstruation erreicht. Die Menstruation hat dann nach v. Krafft-Ebing die Wirkung einer Säuberung des Organismus von toxischen Schädlichkeiten und einer Regulierung der Stimmung.

Die Annahme liegt nahe, daß diese Ansammlung toxischer Schädlichkeiten — die vermutlich den Effekt auf die Stimmung des Weibes bei jeder Menstruation bedingt — sich noch wirksamer vor und während der ersten menstrualen Blutung des Weibes zeigen wird. Dann könnten wir uns vorstellen, daß der Organismus in der Zeit vom wirklichen Beginn der Pubertät (also durchschnittlich etwa vom zwölften Jahre) bis zur Auslösung durch die erste Menstruation (13—15 Jahre) sich gewissermaßen im Zustande einer hohen Spannung befindet, die auf psychischem Gebiet durch eine Gleichgewichtsstörung, eine präpubische Labilität, auch beim normalen Weibe zum Ausdruck kommt. Diese präpubische Labilität — auch die eben erwähnten, beiden begutachteten Mädchen stehen unter ihrem Einfluß (beide Mädchen sind körperlich voll entwickelt, dabei aber noch nicht menstruiert) — wird sich nun der nervösen Veranlagung des Individuums entsprechend in niederem oder höherem Grade offenbaren müssen. Diese Annahme scheint einige Stützen zu finden, z. B. in der diesem Alter entsprechenden hohen Kriminalität, namentlich sind die noch halbkindlichen, unmittelbar vor der Regelung der menstrualen Vorgänge stehenden Mädchen dem Strafrichter eine bekannte Erscheinung. Viele ausgesprochene Psychosen (ein Teil der primordial menstruellen Psychosen, die vor Eintritt der ersten Menstruation in drei bis vier-wöchentlichen Intervallen auftreten und augenscheinlich an die Wiederkehr der Ovulation gebunden sind), kommen mit der ersten Menstruation zur Genesung. Warum sollten sich da nicht in diesem Alter auch leichtere psychische und namentlich ethische Abweichungen finden? Eine Illustration für die psychische Labilität dieses Alters bietet auch die vorliegende Kurve Mercklins (Demonstration). Mercklin berichtete 1897 in der hiesigen Versammlung in einem bis jetzt noch nicht veröffentlichten Vortrag über 48 Fälle von Zwangsvorstellungen im Kindesalter. Sie sehen, wie auch bei dieser leichteren Form von psychischer Erkrankung die Kurve des Ausbruchs der Krankheit den Höhepunkt im 12. und 13. Jahre erreicht (also in der präpubischen Zeit), um nach dem 15. Lebensjahre zu sinken. Zur Zeichnung dieser Kurve sind allerdings Fälle von Knaben und Mädchen gemischt worden. Ich glaube, daß dadurch die Kurve nicht an Wert verliert. Denn auch beim Knaben zeigt sich in diesen Jahren eine gewisse Labilität (die Flegeljahre der normalen Knaben, die ins Perverse schweifende Phantasie der psychopathischen Knaben).

Offenbaren sich nun in dieser Zeit psychische und namentlich ethische Abweichungen in allen Abstufungen, so kann uns das Auftreten eines gesteigerten Hanges zur Lüge nicht auffallen. Im ersten Fall bei der Martha Z. scheint diese Labilität in der präpubischen Zeit eine Rolle zu spielen. Seit ihrem zwölften Jahre begeht sie Diebstähle, später Brandstiftung und legt zugleich diesen großen und dabei wohl als pathologisch charakterisierten Hang zum Lügen an den Tag, während sie bis dahin in der Schule nach ihrer sittlichen Veranlagung nicht auffällig war.

Im zweiten Fall, bei der Marie Z., tritt die präpubische Phase durch eine gesteigerte sexuelle Erregbarkeit zutage. Hier handelt es sich aber wohl mehr um ein von jeher lügenhaftes Mädchen, hier ist die Neigung zur Lügenhaftigkeit durch die kritische Epoche vor Eintritt der ersten Menstruation nicht hervorgerufen, sondern wohl nur gesteigert. Die Lügenhaftigkeit dieser beiden Mädchen erscheint auch nach anderer Richtung instruktiv. Wir wissen, daß die ethischen Vorstellungen beim Menschen erst nach Abschluß der Geschlechtsreife stabil und bestimmend werden. In specie ist die Wahrhaftigkeit nicht etwa eine ererbte Funktion, die wir mitbekommen, sondern ein Produkt der Kultur und der Erziehung. Die Naturvölker haben einen großen Hang zur Unwahrheit, dessen sie sich nicht bewußt werden. Interessant ist in dieser Hinsicht eine Bemerkung Karl Ernst von Baers. Er schreibt in seiner Selbstbiographie: „Die oft gehörte Behauptung, daß die Wilden lügen, scheint mir nicht richtig, sondern nach meiner Erfahrung wissen sie Wahrheit und Dichtung gar nicht zu unterscheiden. Die Neger, die aus dem Innern Afrikas kamen, machten über das Land Aussagen, die für lügenhaft befunden wurden. Aber die Befragten hatten oft gar keinen Grund zur Lüge. Indessen braucht man einen rohen Menschen nur eifrig zu befragen, ob er ein Schneegebirge, das man ihm recht anschaulich macht, gesehen habe, so weiß er bald nicht, ob er diese Vorstellungen schon früher gehabt oder jetzt erst bekommen habe." Diese aus dem Leben genommenen Erfahrungen Baers sind doch eine Bekräftigung für die Annahme einer rudimentären Anlage zum Fabulieren auch beim normalen Kulturmenschen. Bedenken wir, daß das Vorwiegen der Phantasie über die Kritik eine unbestreitbare Eigentümlichkeit der Jugend und der Frauen ist, so wird uns ein Hang zur Lügenhaftigkeit bei den halbkindlichen Mädchen, die in der bewegten präpubischen Zeit stehen, nicht überraschen.

Tatsächlich kommt dieser Hang zum Lügen bei präpubischen Mädchen — namentlich bei erblicher Belastung, vielleicht noch nicht einmal höheren Grades — wohl nicht selten vor. Er weist alle Grade von der normalen Lebhaftigkeit der Phantasie bis in das deutlich pathologische Gebiet auf. So sind die Schwärmereien und romantischen Überschwänglichkeiten mancher noch sehr jugendlicher (meist wohl im geringen Grade psychopathischer) Backfische, vielleicht als Übergangformen vom Normalen ins Pathologische aufzufassen.

Meine Herren! Ob die Lügenhaftigkeit der beiden soeben betrachteten Mädchen eine dauernde persönliche Eigentümlichkeit derselben bleiben wird, kann hier nicht entschieden werden. Sicher aber ist eine Abnahme dieses Hanges zum Lügen nach vollendeter Geschlechtsreife, — natürlich Versetzung in eine passende Umgebung und gute, erzieherische Einflüsse vorausgesetzt — bis zu einem gewissen Grade möglich. Und sicher tritt der Hang zum Lügen bei Mädchen im präpubischen Alter auch vorübergehend auf. Ich denke an jene Fälle, die wohl auch vielen unter Ihnen aus Ihrem Bekanntenkreise bekannt sein werden, wo etwa 12 bis 13 jährige Mädchen aus guten Familien (vielleicht mit einer geringen, meist nicht offenkundigen psychopathischen Veranlagung), die bis dahin keine sittlichen oder intellektuellen Defekte gezeigt haben, plötzlich durch maßlose Verlogenheit, romantische Entweichungsversuche, Diebstähle u. a.

auffällig werden. Die ebenso unglücklichen, wie überraschten Eltern stehen vor einem unfaßbaren Rätsel. Zu ihrer Freude verschwindet aber nach vollendeter Geschlechtsreife — ja, oft schon nach Eintritt und Regelung der Menstruation — dieser sittliche Defekt und zwar dauernd. Mir schweben derartige Mädchen vor, von denen ich später erfuhr, daß sie geachtete, verheiratete Damen, gute Mütter und Hausfrauen wurden, ohne gröbere psychopathische Erscheinungen zu bieten. Gewiß sind diese Fälle viel häufiger als wir glauben. Es liegt nur in der Natur der Sache, daß sie mehr zur Kenntnis der Schulvorsteher und Seelsorger, als zu der des Arztes kommen.

Meine Herren! Halten wir uns die Erkenntnis vor Augen, daß die Lust zum Fabulieren ein Ausfluß einer lebhaften, namentlich einer jugendlichen Phantasie sein kann und ohne weiteres noch keine krankhafte Erscheinung darzustellen braucht und vergessen wir nicht den Faktor einer durch die bevorstehende Geschlechtsreife bedingten vorübergehenden psychischen Labilität mit in Rechnung zu ziehen, so wird die Lügenhaftigkeit von Mädchen im präpubischen Stadium — soweit sie noch in normaler oder doch wenigstens annähernd normaler Breite liegt — unserm psychologischen — und falls sie einen pathologischen Grad erreicht haben sollte — unserm klinischen Verständnis näher gebracht werden.

Literaturnachweis:

Nachrichten über Karl Ernst von Baer. Braunschweig: Friedrich Vieweg & Sohn.
Emminghaus: Psych. Störungen des Kindesalters. — Tübingen 1887.
Kleudgen: Über Moral Insanity. — Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin, Bd. 51.
Ufer: Geistesstörungen in der Schule. — Wiesbaden 1891.
Delbrück: Die pathologische Lüge. — Stuttgart 1891.
Pelman: Besprechung von Delbrücks pathologischer Lüge. — Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 48.
Möli: Lüge und Geistesstörung. — Ebenda.
Schäfer: Lüge und Geistesstörung. — Berlin, G. Reimer, 1893. (Zweiter Bericht der Privatirrenanstalt Schweizerhof.)
Fr. Scholz: Charakterfehler des Kindes — Leipzig 1895.
W. Wille: Psychosen des Pubertätsalters. — Leipzig und Wien 1898.
Ranniger: Über krankhafte Lüge. — Psych. Wochenschrift, 1. Jahrg.
Aug. Cramer: Entwicklungsjahre und Gesetzgebung. — Göttingen 1902.
v. Krafft-Ebing: Psychosis menstrualis. — Stuttgart 1902.
Trüper: Abnorme Erscheinungen im kindlichen Seelenleben. — Altenburg 1902.
Mönkemöller: Geistesstörung und Verbrechen im Kindesalter. — Berlin 1903.
Aschaffenburg: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. — Heidelberg 1903.
E. Meyer und Raecke: Zur Lehre vom Korsakowschen Symptomenkomplex. — Archiv für Psychiatrie, Bd. 37.
Ziehen: Geisteskrankheiten des Kindesalters. — Berlin 1904.
Raecke: Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. — Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 1. Jahrgang.
Wollenberg: Die forensisch-psychiatrische Bedeutung des Menstruationsvorganges. — Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, 2. Jahrgang.
Wulffen: Zur Kriminalpsychologie des Kindes. — Ebenda.
Weygandt: Leicht abnorme Kinder. — Halle 1905.
Pick: Zur Psychologie der Konfabulation. — Neurolog. Zentralblatt, 24. Jahrgang.
Puppe: Strafrechtliche Behandlung der Jugendlichen (auf dem XXVII. Deutschen Juristentag erstattetes Referat).
Ferner: Ploß: Das Weib; Ratzel: Völkerkunde und die gebräuchlichen Lehrbücher der Geburtshilfe und Gynäkologie (Schröder, Fritsch, Zweifel, Bumm, Runge).

Referate.

Allgemeines.

Beiträge zur Zahnfrage in der Armee.

Von Stabsarzt Dr. von Schnizer.
(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905. Heft 7)

Bei der Musterung in einem westpreußischen Ersatzbezirk prüfte Verfasser den Zustand der Zähne von 2153 Vorgestellten. Es wiesen auf an kariösen Zähnen:

a) keine . . .	936=43 %;	davon tauglich	172=47 %
b) 1—3	781=36 „	„ „	129=35 „
c) 4—6	284=13 „	„ „	44=12 „
d) 7 und mehr .	150= 6 „	„ „	19= 5 „

Dem Berufe nach gehörten unter a von den Fischern 64%; von den Landleuten 44; den Schneidern 43. Merkwürdigerweise waren auch 45 % der Müller, Bäcker und Konditoren in dieser Gruppe; doch ist deren absolute Zahl — 20 — zu gering, um das Verhältnis als Norm anzusehen. Unter d waren 20 % der Kaufleute; 25% der Bäcker etc; 13% der Zimmerleute und Tischler. Die vorwiegende Fleischnahrung scheint konservierend zu wirken. Das bestätigten außer den Fischern auch die 7 Fleischer, welche sämtlich unter a und b fielen. — Von 354 Tauglichen hatten die Landleute 84 % in Gruppe a und b. Man darf indes nicht außer Betracht lassen, daß der untersuchte Ersatz, rund 60 % Landleute, dabei keine großstädtische Bevölkerung in sich begreift, so viel ich ersehen konnte. Außerdem hat schon Witzel darauf aufmerksam gemacht, daß Westpreußen zu den bestbezahnten Provinzen gehört.

Sehr ist dem Verfasser darin beizustimmen, wenn er hervorhebt, daß der Zahnfrage hinsichtlich der Tauglichkeit seit einigen Jahren von gewissen zahnärztlichen Fachzeitschriften eine viel zu große Bedeutung beigelegt wird. Die Beschaffenheit der Füße ist im allgemeinen erheblich wichtiger, wie die der Zähne. Die Untersuchung hat dem Verfasser gezeigt, daß sich unter den Leuten mit schlechten Zähnen eine auffallend große Zahl sehr kräftiger, gut genährter befand. Andererseits ist nicht zu verkennen, daß die seit ca. 5 Jahren eingeführte erhöhte Zahnpflege in der Armee einen Rückgang der Zahnkrankheiten von 10,8 in 1897 auf 8,3 % in 1902 zur Folge gehabt hat.

Künstliche Gebisse trugen von den 2153 Gemusterten 7; darunter 4 Landleute. Bei allen hatte, wie gewöhnlich, die Berührung des Gebisses mit gesunden Zähnen diese der Karies überliefert. Der Zustand der Zähne war bei Leuten, denen Zähne fehlten, die nicht ersetzt waren, durchgehends besser als bei den Gebißträgern, wobei auch die größere Reinlichkeit des Mundes bei ersteren mitspricht. (Diese Erfahrung kann ich bestätigen. Sie hat mit dazu beigetragen, mich in meiner dienstlichen Tätigkeit sehr unzugänglich gegen die Anträge auf Gebisse zu machen. Ref.)

Eine zweite Untersuchungsreihe des Verfassers umfaßte 455 Mann, die den Lazarettzugang in Danzig seit Ende 1904 bilden. Er fand unter den Zugängen an Augen- und Ohrenkrankheiten 91 %, an innern 77 %, an äußeren 56 und an Haut- und Geschlechtsleiden 53 % mit schadhaften Zähnen. Bemerkenswert ist, daß unter den Mandelentzündungen 88 %, den akuten Gelenkrheumatismen 82 %, den akuten Bronchitiden 73 %, den krupösen Pneumonien 55 % kariöse Zähne aufwiesen. Hieraus sind Schlüsse auf eine der Eingangspforten der Krankheitserreger zu ziehen. Verfasser erwähnt schließlich der Untersuchungsergebnisse Runges und Sickingers über den degenerativen Einfluß des Alkoholismus auf Zahnkaries bei den Nachkommen, ohne eigenes Material dazu beizubringen.

Die interessante Arbeit Verfassers verdient Fortsetzung an dem umfangreicheren und mannifaltigeren Bestande größerer

Zivilkrankenhäuser. Daraus würden sich vielleicht gewisse ätiologische Gesetzmäßigkeiten und weiter prophylaktische Ergebnisse gewinnen lassen. Ktg.

Der Neomalthusianismus. Die fakultative Sterilität in der ärztlichen Praxis.

Von Dr. Rohleder, Leipzig.

(Monatsschrift für Harnkrankheiten und sexuelle Hygiene. 1905. Heft 1, S. 59.)

Unter Neomalthusianismus versteht man: Willkürliche Beschränkung der Kinderzahl oder fakultative Sterilität, d. h. das Bestreben, beim Geschlechtsverkehr Vorkehrungsmaßregeln zu treffen, welche eine Befruchtung verhindern ohne Störung des Ablaufs des normalen Coitus und ohne Störung der Gesundheit der ihn Ausübenden. Thomas, Robert Malthus (1756—1834) forderte nicht eine Einschränkung der Kinderzahl durch Vorbeugungsmittel, sondern die sogenannte „moral restraint", d. h. sittliche Selbstbeherrschung bis zur Ehe, die möglichst spät geschlossen werden soll. Dieser Malthusianismus ist im Laufe der Zeit direkt ins Umgekehrte umgeschlagen. Der Neomalthusianismus fordert möglichst frühzeitig geschlossene Ehen und dann in der Ehe nicht sexuellen Verkehr ad libitum ohne Vorbeugung (wie Malthus wünscht), sondern empfängnisvorbeugenden Verkehr.

Aus sittlichen Gründen haben wir das Recht, unseren Patienten den Präventivverkehr zu empfehlen. Solche sittliche Gründe sind bedingt in der Erkrankung der Frau oder prophylaktisch im Interesse der Nachkommenschaft. Seitens der Frau sind Zustände, welche bei Schwangerschaft eventuell die größte Gefahr respektive den sicheren Tod derselben bedeuten können und zur fakultativen Sterilität verpflichten: 1. schwere Herzleiden, 2. schwere Lungenleiden, 3. schwere, konstitutionelle Erkrankungen, 4. hochgradige Beckenverengungen, 5. schwere Nierenleiden, 6. Geschlechtsleiden.

Seitens der Nachkommenschaft sind Zustände, welche durch Vererbungsgesetze, sei es vom Vater oder von der Mutter, zu neomalthusianistischen Prinzipien zwingen: 1. schwere Infektionskrankheiten (Tuberkulose, Syphilis), 2. schwere Konstitutionskrankheiten (Diabetes, Hämophilie), 3. schwere Nerven- und Geistesstörungen, 4. einige chemische Vergiftungen (Alkoholismus, Morphinismus).

Die Mittel zur Erreichung der fakultativen Sterilität lassen sich einteilen in natürliche und künstliche. Die natürlichen Mittel sind meist recht unsicherer Art. Die sogenannte fakultative Sterilität ohne Verletzung der Sittengesetze besteht in Enthaltung vom Beischlaf für die dem Beginn der Menstruation folgenden 14 Tage und die der nächsten Menstruation vorhergehenden drei bis vier Tage ist ebenso unsicher wie das Stillen post partum. Ein in Europa unbekanntes, in Ostindien und auf den Sundainseln häufig geübtes Mittel ist die künstliche Hervorbringung von Lageveränderungen des Uterus.

Die künstlichen Mittel sind unzählbar; den meisten geht es wie den neueren Arzneimitteln, die nach kurzer Daseinsfrist wieder der wohlverdienten Vergessenheit anheimfallen. Sie sind entweder mechanisch oder chemisch wirkende Mittel. Die gebräuchlichsten und die besten sind die mechanisch wirkenden: das Condom und die Pessare. Von den Condoms sind die besten die Coecalcondoms (alias Fischblasen). Zu warnen ist vor den Eichelcondoms, weil sie unsicher sind, indem sie bei Retraktion des erschlafften Penis meist abgleiten. Bei der jetzigen vorzüglichen Qualität des Coecalcondoms besteht der alte Ricordsche Ausspruch, daß das Condom ein Panzer gegen das Vergnügen und ein Spinnwebe gegen die Gefahr sei, nicht mehr zu recht. Die Pessare gewähren zwar keinen absoluten Schutz aber doch einen recht großen. Zu verwerfen sind die Intrauterinpessare, da sie keinen genügenden Schutz gewähren und außerdem schwere Genitalstörungen hervorrufen können. Über die Sicherheitsschwämmchen, die man besser Unsicherheitsschwämmchen nennen sollte, kann man wohl hinweggehen.

Die chemischen Mittel sind alle bis auf eins unsicherer Natur. Dies eine ist die Strebelsche Urethrophortube (Vertrieb: Firma Steinmetz & Co., Köln a. Rh., Eifelstraße 33). Es dient zur Behandlung der Gonorrhoe, zur Prophylaxe derselben apud coitum und als neomalthusianistisches Mittel. Es besteht aus einer Zinntube mit besonderem Ansatz, den man in die Harnröhre einsenken kann und deren Inhalt man durch Pressen unter Herausziehen des Ansatzes der Harnröhre langsam einverleibt. Es enthält: Protargol 1,0, Glyzerin 50,0, Bol. alb. 25,0.

Das Mittel ist auch insofern eins der besten, weil keine Gefühlsstörung, wie bei den mechanischen Mitteln, verursacht wird, also der Coitus in normaler Weise verläuft.

Ausspülungen post coitum mittels antiseptischer Flüssigkeiten sind unzuverlässig.

Der Coitus interruptus gehört nicht zu den vom Arzt anzuratenden Mitteln, obwohl er leider sehr verbreitet ist. Die Gefahren und Schäden desselben sind so groß, daß der Arzt, wo er auf seine Anwendung in der Praxis stößt, die Pflicht hat, davon abzuraten. J. Meyer, Lübeck.

Schutzmittel gegen Geschlechtskrankheiten.

Von Dr. O. Grosse, München.

(Monatsschrift für Hautkrankheiten und sexuelle Hygiene 1905. Heft 6, pg. 250.)

Von einem Schutzmittel ist in erster Linie zu verlangen, daß es sicher gegen alle Geschlechtskrankheiten, sowohl gegen Gonorrhöe als gegen Syphilis und Ulcus molle schützt; dazu gehört auch, daß die anzuwendenden Substanzen, seien es Lösungen oder Mischungen unbegrenzt haltbar sind. Zweitens muß es unschädlich sein, d. h. es darf keinerlei Reizerscheinungen, Brennen oder dgl. hervorrufen. Drittens muß jede Verunreinigung des Mittels ausgeschlossen sein. Viertens muß das Mittel in praktischer und handlicher Form geboten werden und fünftens darf es nicht teuer sein. Gegen die Ansteckung mit Syphilis und Ulcus molle stellt die einfache Einfettung zur Zeit das einzige und auch ziemlich sichere Mittel dar. Selbstverständlich wird man ein Fett wählen, welches sich nicht zersetzen kann. Dem Fett Antiseptika, wie vielfach üblich zuzusetzen ist überflüssig, zumal die Antiseptika durch die Mischung mit Fett ihrer Wirksamkeit größtenteils verlustig gehen. Schwieriger liegt die Sache bei der Gonorrhöe. Aus dem oben angeführten Grunde sind alle Prophylaktika, die das wirksame Agens in Fett verteilt enthalten, wegen Mangels unbedingter Sicherheit auszuscheiden, ebenso diejenigen, welche es in wäßriger Lösung enthalten, weil sie leicht verdunsten und im Momente des Gebrauches häufig bereits verdunstet sind und die aus Silbersalzen bestehenden, weil die Silbersalze sich ungemein leicht zersetzen. An Stelle der schwer haltbaren Silberverbindungen wählt man daher ein überhaupt unzersetzliches Mittel von hervorragend starker gonococcocider Kraft das Hydrargyrum oxycyanatum in Konzentration von 1:1000.

Nach diesen Gesichtspunkten hat Verfasser sein Schutzmittel konstruiert, welches unter dem Namen „Schütze Dich" in der Adlerapotheke, München, Sendlingerstraße 13 hergestellt wird und 30 Pf. pro Stück kostet. Der Apparat besteht aus zwei Teilen, die in einem als Merkblatt gedruckten Papier zusammen verpackt sind, nämlich

1. einer zirka 3 cm langen, kaum bleistiftstarken Tube mit weißem Verschluß, die das antigonorrhöische Prophylaktikum Hydrargyrum oxycyanatum 1:1000 enthält.
2. einer etwa ebenso großen Tube mit rotem Verschluß und dem antiluetischen, ebenfalls unzersetzlichem Fettgemisch

Lanolin und Vaselin ohne einen, wie dargestellt irrationellen und überflüssigen antiseptischen Zusatz als Inhalt.

Die Gebrauchsanweisung ist höchst einfach: vor dem Koitus Einfetten der Glans, des Präputiums und des Penis mit dem Inhalt der roten Tube, nach dem Koitus Injektion aus der weißen Tube, die zirka eine Minute einwirken soll; mit dem Rest Bestreichen der Taschen am Frenulum. Schließlich Waschung. J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Über die moderne Wundbehandlung.

Von Benno Müller in Hamburg.
(Med. Klinik 1905. No. 23, S. 571.)

Verf. gibt eine Anleitung zur antiseptischen Wundbehandlung, wie er sie kennen gelernt hat. Er empfiehlt Isoform besonders für septisch infizierte Wunden, weil es eine bedeutende Tiefenwirkung entfalten soll. Ferner tritt er warm für die Benutzung von Gummihandschuhen in der Landpraxis ein, da dem Landarzt oft die Möglichkeit fehlt, seine Hände so zu desinfizieren, wie es die Wundbehandlung erfordert. Ktg.

Zur Pseudarthrosenbehandlung nach Bier

von Dr. Lauper, Spitalarzt.
(Correspondenzblatt für Schweizer Ärzte 1905, Nr. 14, pg. 452.)

Prof. Bier hat im Beginn dieses Jahres den geistreichen Vorschlag gemacht, Pseudarthrosen oder alte Frakturen mit verspäteter oder mangelnder Callusbildung durch Blutinjektionen zu behandeln.

Die Erklärung für die überraschend guten Resultate, welche er in neun Fällen gehabt hat, sieht er darin, daß sich der Knochen durch künstliche Zufuhr von Nährstoffen, d. h. von Blut passiv ernähren lasse und daß der Bluterguß als entzündungserregender Reiz für die Callusbildung diene. In Fällen, in denen Frakturen trotz erheblichem Bluterguß nicht fest werden, nimmt Bier an, daß dem Blut der genügende Reiz zur Knochenneubildung fehle und rät deshalb, Blut anderer Menschen zwischen die Knochenfragmente zu spritzen. Verfasser berichtet über zwei Fälle, bei denen es zweifelsohne zu eingreifenden Operationen gekommen wäre, hätten die einfachen ungefährlichen Blutinjektionen, die nur versuchsweise ausgeführt wurden, nicht rasch zum Ziele geführt.

Der erste Fall betrifft eine 71jährige Frau mit Fraktur beider Unterschenkel durch direktes Trauma. Rechts komplizierte Fraktur heilt nach sechs Wochen im Gypsverband. Links einfache Fraktur ist nach vier Wochen noch nicht konsolidiert, Bluterguß minimal; zwei folgende Gypsverbände je à 4 Wochen, Massage und Reiben der Knochenenden haben das gleiche negative Resultat. Darauf Injektion von 35 ccm Blut, welches von einem anderen Patienten entnommen wurde, nach 7 Tagen zweite und nach weiteren 7 Tagen dritte Injektion, darauf Gypsverband und nach 16 Tagen völlig feste Konsolidation. Nur nach der ersten Injektion fand eine leichte Temperatursteigerung auf 38,1 statt. Nach fünf Wochen Bein vollständig fest und Umhergehen möglich.

Der zweite Fall betrifft einen 44jährigen Arbeiter mit Bruch des rechten Unterschenkels; mäßiger Bluterguß. Nach vierwöchentlichem Gypsverband keine Konsolidation, zwei weitere Gypsverbände à 5 resp. 3 Wochen sind ebenfalls ohne Erfolg. Die Fragmente bleiben immer beweglich. Darauf werden Blutinjektionen gemacht, ebenso wie in dem ersten Falle, nur daß das Blut hier von dem Patienten selbst genommen wird. Konsolidation im Gypsverband nach drei Injektionen.

Der Eingriff erscheint so klein und ungefährlich, daß er in jedem Fall von Pseudarthrose oder verspäteter resp. fehlender Callusbildung versucht werden sollte. Würde die Behandlung gelegentlich einmal nicht zum Ziel führen, so hat man dadurch nichts geschadet und die Knochennaht könnte immer noch in Anwendung kommen. J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von doppelseitiger traumatischer Hüftgelenksluxation, kompliziert mit anderen Verletzungen.

Von Dr. Paul Tschmarke in Magdeburg.
(Monatsschr. f. Unfallkunde 1905. Nr. 7. S. 197.)

Es handelte sich nach Überfahrensein durch eine Straßenbahn um folgende Verletzungen: Tiefe Weichteilwunde am linken Knie; Haut- und Weichteilwunde am rechten Hüftgelenk. Links Luxatio obturatoria, rechts iliaca; Oberarmbruch rechts; mehrere Rippenbrüche und Pneumothorax links. Starke Zyanose des Gesichts, die scharf am Halse abschnitt und auf eine Strangulation durch den Hemdkragen zu beziehen war. Blutaustritt in beiden Konjunktiven. Die Reposition gelang in tiefer Narkose. Heilung bei frühzeitigen vorsichtigen Bewegungen und Massage in wenig über vier Wochen. Der Fall ist der 34., der bekannt geworden ist. 26 sind von Niehaus in der Deutsch. Ztschr. f. Chir. 1888 Bd. 27 veröffentlicht worden; sieben hat Verfasser aus der sonstigen Literatur gesammelt, was für etwaigen literarischen Gebrauch angeführt sei. Die Ursache der doppelten Hüftluxation ist eine große stumpfe Gewalt, die den Rumpf nach vorne oder hinten drückt, während die Beine fixiert sind. Sie wirkte hier, als der Verletzte unter dem vorderen Trittbrett des Wagens zusammengeknäult nach vorn gedrückt wurde. In der Behandlung ist zunächst Reposition in allgemeiner tiefer Narkose geboten. Schon nach einigen Tagen läßt Verfasser vorsichtig Bewegungen folgen und gleichzeitig die Massage einleiten. Natürlich können knöcherne Hindernisse, wie z. B. Bruch des Pfannenrandes, die unblutige Reposition vereiteln. Meistens wird durch Schwäche und schmerzhafte Empfindungen die Erwerbsfähigkeit auf längere Zeit herabgesetzt sein. Hoffa wie Waibel (Leitfaden für Unfallgutachten) halten 25% in unkomplizierten Fällen für ausreichend. Ktg.

Über die Größe der Unfallfolgen bei der blutigen und unblutigen Behandlung der einfachen (subkutanen) Querbrüche der Kniescheibe.

Von Prof. Thiem-Kottbus.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Thiem bespricht zuerst die Literatur und berichtet dann über die Ergebnisse, die er beim Studium der Unfallakten von 283 Fällen von Patellarfraktur gefunden hat. 223 Fälle waren unblutig, 60 Fälle mit offener Naht behandelt. Bei blutiger Behandlung ergaben sich 26 %, bei unblutiger nur 9 % völliger Heilung. Weiter hat Thiem dann berechnet, wieviel jeder Verletzte an Zeit und Geld gekostet hat. Dabei fand er, daß die nicht genähten Fälle den Berufsgenossenschaften beinahe das doppelte Opfer an Zeit und Geld gekostet haben als die frisch genähten. Er kommt deshalb zu dem Schluß, daß alle Kniescheibenbrüche mit Strecklähmung oder erheblicher Streckschwäche und solche mit Klaffen der Bruchstücke durch die offene Naht zu behandeln sind. Lehfeldt.

Ein Fall von Flächenfraktur und Luxation der Patella.

Von Stabsarzt Dr. M. Kroner, Berlin.
(Deutsche med. Wochenschrift 1905, Nr. 25, pg. 996.)

Eine 31jährige Schneiderin spürte bei schnellem Laufen auf ebener Erde plötzlich einen heftigen Schmerz im linken Kniegelenk und fiel zu Boden. Die Untersuchung ergab Unfähigkeit, das Gelenk aktiv zu bewegen, lebhafte Schmerzen bei passiven Bewegungen. Man fühlte etwas mehr über dem Condylus externus stehend einen Knochen, dessen Form der Patella ent-

sprach, aber auch lateral vom Condylus externus war ein Knochenstück zu palpieren. Zwischen beiden Knochenstücken fühlte man eine schräg verlaufende Diastase und ab und zu auch Krepitieren. Da Versuche, das Bruchstück am Condylus externus zu reponieren, mißlangen, wurde das Gelenk operativ freigelegt. Nach Austupfen des ziemlich reichlich im Gelenk befindlichen Blutes, zeigte sich, daß die Patella in der Frontalebene d. h. in ihrer Fläche durchgebrochen ist, so zwar, daß das eine Fragment nur aus der Knorpelfläche, das andere aus der konvexen Knochenfläche besteht. Das Bruchstück, das die Knorpelfläche enthält, ist ferner umgekantet, derart, daß es sich mit seinem lateralen Rande am Condylus externus festgehakt hat, während die überknorpelte Fläche schräg aufwärts nach oben steht. Die Reposition gelang leicht, die Stücke wurden durch Nähte fixiert. Der Heilungsverlauf war ein ungestörter, das funktionelle Resultat ein gutes.

Eine derartige Flächenfraktur der Patella ist bisher in der Literatur noch nicht beschrieben. J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von erworbener partieller Makrosomie; Verlängerung des Femur nach Unterschenkelamputation.

Von Dr. H. Teske.

(Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie und Unfallchirurgie. Bd. III, Heft 2.)

Einem 9jährigen Knaben wird wegen schwerer Verletzung durch die Kuppelstange einer Dreschmaschine das Bein 10 cm unterhalb des Kniegelenks amputiert. Bei Nachuntersuchungen nach $4^1/_2$ und $5^1/_2$ Jahren fand Teske eine Verlängerung des Femurs um mehr als $1^1/_2$ cm und eine Verdickung des ganzen Knochens. Der Unterschenkelstumpf war seit dem Unfall um 1,2 cm länger geworden. Nach Ausschluß von Lues, Akromegalie, Reizung des Ischiadicus usw. kommt Teske zu dem Schluß, daß die Kontusion des Knochens selbst zu dessen Vergrößerung geführt habe. Als Gründe dafür, daß gerade der Knochen hypertrophiert, führt er drei Umstände an. Erstens wirkt die Gewalt auf den starren Knochen stärker als auf die Weichteile. Zweitens wirkt nach allgemein pathologischen Erfahrungen die bei jeder Kontusion auftretende Hyperämie und Überernährung gerade auf die Teile am stärksten, die normalerweise an die geringste Saftzufuhr gewöhnt waren. Drittens endlich bietet gerade das Knochen- und zumal das Epiphysengewebe die günstigsten Bedingungen für eine venöse Hyperämie, die ihrerseits das Längen- und Dickenwachstum der Knochen befördert. Lehfeldt.

(Aus der Marburger chirurg. Klinik, Geheimrat Prof. Dr. Küster.)

Ein Beitrag zur Kenntnis der traumatischen Luxationen des Fußes im Talokruralgelenke.

Von Volontärassistent Dr. J. Richter.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, H. 1 bis 3.)

R. verbreitet sich an der Hand von sieben aus der Literatur gesammelten Fällen und einer eigenen Beobachtung über Entstehung, Kennzeichen und Behandlung der Verrenkung im Talokruralgelenk nach hinten.

Für ihr Zustandekommen ist eine übermäßige Plantarflexion erforderlich, welche gewöhnlich durch das Körpergewicht erzeugt wird, das bei fixiertem Fuß, oder während derselbe auf eine nach vorn abschüssige Ebene auffällt, den Unterschenkel im Rückwärtsfallen des Körpers nach hinten reißt. So sah man sie entstehen, als ein Turner beim Sprung über das Pferd beim Absetzen des rechten Fußes nach hinten fiel, als ein Mädchen beim Fall von der Leiter mit einem Fuße zwischen zwei Sprossen hängen blieb, als ein Mann, auf dem Erdboden ausgleitend, mit voller Kraft nach rückwärts fiel' wobei die Fußsohle bei schräger Haltung des Fußes an ein starrwandiges Hindernis anprallte usw. — Infolge der übermäßigen Plantarflexion bildet sich am hinteren Ende der Talusrolle für die Tibia ein Hebelstützpunkt; das Gelenk klafft vorn, die gespannte Kapsel reißt, und die nach vorn gerichtete Komponente der fortwirkenden Kraft stößt die Tibia durch den Kapselriß hindurch auf den vorderen Abschnitt des Talus. — In der Regel ist die Verrenkung nicht isoliert, sondern infolge des ungemein festen Bandapparates mit Brüchen am inneren oder äußeren Knöchel, meistens aber mit einer Fraktur des Wadenbeins im unteren Drittel verbunden.

Die Erscheinungen der Verrenkung sind sehr ausgesprochen, der vordere Teil des Fußes ist verkürzt, der hintere entsprechend verlängert. Die Ferse erscheint nach hinten gedrängt. Auf dem Fußrücken springt das untere Ende der Tibia vor, deren scharfrandige Gelenkfläche eine Durchspießung oder spätere Gangräneszenz der Haut verursachen kann. Hinten springt die Achillessehne, die in einem nach hinten offenen Bogen zum Fersenhöcker zieht, vor. Die durch die Tibia gehobenen Zehenstrecker ziehen als gespannte Stränge über den Fußrücken. Der Fuß steht entweder gerade nach vorn oder mehr oder weniger abduziert. Häufig findet sich eine leichte Hin- und Herschiebbarkeit des Fußes in sagittaler Richtung. — Differentialdiagnostisch kommen in Frage die sehr seltene Luxatio pedis sub talo post., bei welcher jedoch das Talokruralgelenk frei beweglich und die Lage der Knöchel zum Talus unverändert ist, sowie die Verrenkung des Talus nach vorn, bei welcher jedoch der Vorderfuß verlängert ist und der Talus deutlich auf dem Fußrücken vorspringt, während die Knöchel dem Fußboden genähert sind.

Die Behandlung besteht in Reposition (forzierte Plantarflexion, Zug am Fuß nach vorn bei gleichzeitigem Druck auf den im Knie gebeugt gehaltenen Unterschenkel nach hinten und anschließende Dorsalflexion), die in frischen Fällen meist leicht gelingt, in Fixierung des Fußes für vier bis sechs Wochen, Massage, passiven Bewegungen usw. Auch veraltete Fälle lassen sich zuweilen noch unblutig reponieren, in der Regel wird man jedoch blutig einzugreifen gezwungen sein. In besonders schweren Fällen wird sich sogar eine teilweise Resektion des Gelenks nicht vermeiden lassen. Niehnes-Berlin.

(Aus dem chir.-poliklin. Institut der Universität Leipzig; Prof. Dr. Perthes.)

Über eine besondere Form der Infraktion: Die Faltung der Knochenkortikalis.

Von Assistenzarzt Dr. H. Kohl.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, Heft 4 bis 6.)

K. beobachtete in der Leipziger Poliklinik im Laufe von zwei Jahren fünf Kranke im Alter von 10 bis 16 Jahren, welche nach einem Fall auf die vorgestreckte Handfläche eine ganz umschriebene Druckempfindlichkeit ungefähr 3 cm oberhalb des Griffelfortsatzes des Radius aufwiesen, ohne das eine Deformität etwa im Sinne eines typischen Radiusbruches zu konstatieren gewesen wäre. Auf den Röntgenbildern fand sich an der genannten Stelle eine um die dorsale Peripherie des Knochens herumgehende Leiste, die dadurch zustande gekommen war, daß sich die Kortikalis aufgehalten hatte. Die unterliegende Spongiosa war nur bis zu einer geringen Tiefe beteiligt, in dem sich ihre Knochenfasern teilweise gelöst hatten. Der übrige Knochen war intakt.

Es handelt sich also um eine Vorstufe der Infraktion, bei welcher nur eine Stauchung von der konkaven Seite erfolgt ist, während die einwirkende Gewalt zu einer Zusammenhangstrennung auf der konvexen Seite nicht ausreichte.

Niehnes-Berlin.

Indirekte Fersenbeinbrüche.

Von Dr. Blind-Straßburg i. E.
(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Ein 60jähriger Arbeiter kann beim Fallenlassen eines schweren Eisenträgers das mit leicht gebeugtem Knie vorgestellte und fest aufgestemmte linke Bein nicht mehr rechtzeitig zurückziehen, so daß die schwere Last das untere Oberschenkel-Drittel trifft. Hier entsteht eine erhebliche Quetschwunde, während sich beim Aufstehen Schmerzen in der Fersengegend und ein totes Gefühl im Fuß einstellt. Die genauere Untersuchung ergibt an der Stelle der Verletzung nur eine Muskellücke, daneben aber die deutlichen Zeichen einer Fraktur des linken Fersenbeins. Blind hat früher schon einen ganz analogen Fall veröffentlicht; bei dieser indirekten Kompressionsfraktur des Calcaneus entspricht die fallende Last gewissermaßen dem Hammer, während die Unterschenkelknochen den Schlägel und der Fußboden den Ambos darstellen, zwischen welchen das Fersenbein zerdrückt wird. Lehfeldt.

Neurologie und Psychiatrie.

Über Familienmord.

Von Dr. med. L. von Muralt, Privatdozent an der Universität Zürich.
(Monatsschr. für Kriminalpsychologie und Kriminalistik. II 2.)

An Fällen, in denen das Familienhaupt den anderen Ehegatten und alle seine Nachkommen tötete und dann sich selbst aus dem Leben schaffte, sind dem Verfasser allein aus dem Kanton Zürich in den letzten vier Jahren zehn bekannt geworden.

Drei Fälle, in denen der Selbstmord mißglückt, sind kurz nacheinander in der Züricher psychiatrischen Klinik zur Begutachtung gekommen, einen vierten verdankt der Autor dem Direktor der St. Gallener Anstalt. Bei diesen Familientragödien ist im allgemeinen der Selbstmord in der Motivierung das Primäre und die ganze Tat hat ihren Ursprung in einer Geistesverfassung, welche derjenigen beim einfachen Selbstmord analog ist. Damit ist über die Frage der geistigen Gesundheit im Einzelfall zunächst nicht entschieden. Am einen Ende stehen Fälle ausgesprochener Geisteskrankheit — der Verfasser zitiert Beispiele solcher, wo Alkoholismus mit Wahnidee resp. Melancholie vorlag — am anderen stehen geistesgesunde Täter.

Die vier Fälle Muralts selbst können in einem Referate kaum hinreichend anschaulich excerpiert werden, weil jede Einzelheit des Tatbestandes und der subtilen psychiatrischen Beobachtung unentbehrlicher Baustein der schließlichen gutachtlichen Entscheidung ist. Immerhin sei folgendes kurz erwähnt:

1. M. K., ein überschuldeter und in mehreren Berufen gescheiterter Mann, dem Exmission und Pfändung unmittelbar bevorstand, der zudem alsbald zum Militärdienst einrücken sollte, tötete seine drei Kinder und seine hochschwangere Frau mit dem Einverständnis letzterer mittelst Leuchtgas und blieb, weil er aus dem Bette fiel, in der tieferen Luftschicht am Leben. Das Gutachten kam nach dreiwöchentlicher Beobachtung zu dem Schlusse, daß M. weder geisteskrank sei, noch an einer in forensischer Hinsicht erheblichen Psychopathie leide; er sei ein kraftloser Charakter mit Neigung zu Selbstüberhebung und ernstem verschlossenem Wesen. — Verurteilung zu fünf Jahren Zuchthaus.

2. 40jähriger Mann, dessen Vater Alkoholist, Mutter nach ihrer 13. Entbindung melancholisch und in eine Irrenanstalt gebracht worden war. Wuchs in größter Armut und unter Prügeln auf. Mit 11 Jahren wollte er sich schon auf die Eisenbahnschienen legen! Aus zahllosen Stellen teils weggegangen, teils wegen Unfähigkeit entlassen, hatte in einer kurzen Episode seines Lebens, wo es ihm mal pekuniär gut ging, eine Epileptika geheiratet. Den lange gehegten Plan führte er an seiner sechsköpfigen Familie mit dem Beile aus, als er glaubte, sein kleinstes Kind durch ungeschicktes Einstoßen des Lutschpfropfens in den Mund erstickt zu haben, während gleichzeitig seine Frau einen epileptischen Anfall hatte und ein anderes Kind sich verunreinigte; er selbst verletzte sich erheblich.

Das Gutachten (aus dem Asyl Wil, St. Gallen) bezeichnete schließlich die Tat als Akt der Verzweiflung eines Mannes, der keine Störungen der Geistestätigkeit darbot, welche die Zurechnungsfähigkeit aufhoben.

Am Tage nach Abgabe des Gutachtens starb der Mann an Apoplexie.

Der dritte Familienmörder war ein unbegabter, ruheloser, unverträglicher Projektenmacher, der zur Zeit der Tat übrigens in relativ guten Erwerbsverhältnissen, aber in Erfindersorgen und bitteren Familienzänkereien mit den Verwandten seiner Frau stand. Mit deren Einverständnis tötete er sie und die Kinder mittelst des Rasiermessers; sich selbst durchschnitt er am Halse Luft- und Speiseröhre bis auf die Wirbelsäule und stach sich 7 cm tief in den Bauch.

Er war kein Trinker!

Er wurde als konstitutioneller Psychopath begutachtet und seine Zurechnungsfähigkeit als hochgradig vermindert bezeichnet. Verurteilung zu drei Jahren Zuchthaus.

Der vierte Fall betraf eine sehr beschränkte, von Sorgen und Zank erdrückte, schwächliche Frau, die unschuldig des Diebstahls bezichtigt war. Sie tötete ihr Kind und schnitt sich selbst in den Hals, bis sie vom Blutverlust ohnmächtig war. Sie wurde für unzurechnungsfähig erklärt und alsbald daraufhin auf freien Fuß gesetzt.

Von dem ersten der Täter wird u. a. vom Verfasser gesagt, es fehlen in der Anamnese alle Anhaltspunkte für eine erhebliche psychische Minderwertigkeit, wenn man nicht sein mehrfaches Scheitern auf eine tiefe Disharmonie zwischen Wollen und Können zurückführen will. „Die Tat des komplizierten Selbstmordes erscheint zwar von vornherein als etwas Abnormes. Wir dürfen uns aber keinesfalls im Kreise herumbewegen und aus der Tat, die uns krankhaft erscheint, auf die Psychopathie des Täters schließen, um dann wieder zu sagen, nur abnorme Menschen können das in Rede stehende Verbrechen begehen.“

Bei dem dritten Täter, der schon mehr psychopathische Züge aufweist, wurden Schritt vor Schritt Epilepsie und pathologischer Rausch — ersterer trotz vorhandenem Automatisme ambulatoire, Wandertrieb aus dauernder Charakteranomalie — wurde ferner Paranoia ausgeschlossen, letzteres obwohl der Täter schwere, aber nicht unsinnige Beschuldigungen gegen die Familie seiner Frau erhob, und obwohl er sich um die Erfindung von perpetua mobilia abmühte. Die Erfindungen ließen aber nach dem Ergebnis der psychiatrischen Untersuchung nur auf Mangel an Intelligenz und auf Selbstüberschätzung schließen.

Von diesem, wie auch in verschiedenem Grade von den Fällen gilt folgendes: „Die ganze Motivierung des Selbstmordes zeigt nirgends etwas qualitativ Krankhaftes, sie unterscheidet sich nur quantitativ von den Gedankengängen, die ein normal äquilibrierter Mensch in einer ähnlichen Situation hätte.“

v. Muralt meint, alle vier Fälle enthalten eine Motivierung des Selbstmordversuches, welche mehr oder weniger Elemente enthält, die auch den geistig vollständig Gesunden lebensüberdrüssig werden lassen. Kummer und Sorge bei leichter Psychopathie dürften die Hauptgründe zum Selbstmord allgemein sein, zumal die Selbstmorde der Melancholischen und Dementen infolge der besseren Pflege der Irren wohl zurücktreten.

Psychologisch — freilich wohl nicht juristisch — liegt in den drei ersten Fällen, was die Tötung der Frau betrifft, — Doppelselbstmord, nicht Mord vor.

Mit allem Nachdruck wünscht v. Muralt darauf hinzuweisen, daß im Akt des Familienmordes ein starkes altruistisches Moment steckt, das um so deutlicher in Erscheinung tritt, wenn man die Täter mit Selbstmördern vergleicht, welche ihre Familie in Elend und Unglück zurücklassen.

Der Familienmord ist im Grunde ein komplizierter Selbstmord.

Referent war über die gutachtlichen Schlüsse — auf volle bzw. geminderte Zurechnungsfähigkeit bei dreien der v. Muraltschen Fälle — betroffen, um so mehr, als diesen Gutachten eine äußerst subtile Vorgeschichts- und psychologische Analyse zugrunde liegt und 2 der 3 nicht exkulpierten Täter, wie auch die exkulpierte Frau in der Bleulerschen Klinik beobachtet und begutachtet sind. Wenn nicht schon dieses hervorragende psychiatrische Milieu die Vermutung auf Rückständigkeit und laienhafte Härte von vornherein ausschlösse, so täte es die v. Muraltsche Arbeit, die sich durchaus bemüht, den unglückseligen Tätern gerecht zu werden und sie keineswegs als sittlich verworfene Wesen hinstellt.

Referent möchte dennoch bezweifeln, ob er selbst auch bei allen drei für zurechnungsfähig erklärten Taten diese Konsequenz gezogen hätte. Läßt Gemütsbewegung, die einen Mann, der sonst nichts weniger als ein Willensmensch ist, befähigt, nach Abschlachtung seiner Familie sich mit dem Rasiermesser die Halsorgane bis auf die Wirbelsäule zu durchtrennen und sich dann noch eine gefährliche Verletzung in den Bauch beizubringen, — läßt solch ein Seelenzustand ihn in diesem Zeitpunkt als strafrechtlich verantwortlich erscheinen?

(Wenn mich mein Gedächtnis nicht täuscht, läßt Friedr. Theodor Vischer seinen „Auch einer" sich zu solch einem Falle etwa so äußern, der Täter sei in jedem Falle verantwortlich, weil er den schrecklichen Gedanken gehegt und gezüchtet habe, mag er auch im Moment der Tat nicht mehr klar gewesen sein. Juristisch und psychiatrisch wäre diese Auffassung natürlich unhaltbar.)

Gleichviel, man mag sich für solche Straffälle die strenge Einschränkung des Begriffs der Unzurechnungsfähigkeit in der v. Muraltschen Arbeit zu eigen machen oder nicht, hält man die gutachtlichen Schlüsse dieser zusammen mit der sorgfältigen Vertiefung in das Seelenleben der unglücklichen Täter, so erfreut, — allgemein gesprochen, — der in den Gutachten ausgedrückte Respekt vor der Tatsache der menschlichen Leidenschaft, das Anerkenntnis, daß auch seltsame, befremdende schreckliche Taten abnormer Menschen, nicht schlechthin mit Imbezillität und Degeneration von der Höhe einer allzu abgeklärten psychiatrischen Weltanschauung herab abgetan werden müssen. Mit dieser Bemerkung zugunsten einer Humanität im weiteren Sinne möchte Referent aber beileibe nicht etwa dem psychiatrischen Dilettantismus, weder dem von der schneidigen, noch dem von der schöngeistig-professoralen Art das Wort geredet haben! Behrendt.

Die psychologische Beschaffenheit der rückfälligen Verbrecher.

Von Dr. med. Jules Morel, Direktor der Staatsirrenanstalt zu Mons (Belgien).

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II. 4.)

Auf Grund statistischer und Indicidualstudien, die M., anscheinend in einer nebenamtlichen Tätigkeit als Gefängnisarzt anstellen konnte, kommt er zu einer Reihe allgemeiner Schlüsse, die sich auf das Problem der Rückfälligen und zwar speziell auf die Vorbeugung beziehen:

1. Im Interesse der sozialen Gesundheit ist es notwendig, daß die Behörden alle Kinder überwachen, die geistig zurückgeblieben sind, sowie diejenigen, die in einer verdorbenen Umgebung leben, um rechtzeitig Sorge tragen zu können, sie der Obhut der Eltern zu entziehen und in einer gesunden und anständigen Umgebung unterzubringen.

2. Junge Leute, die geistig zurückgeblieben oder entartet sind, und die infolge der Unregelmäßigkeit oder der Sonderbarkeit ihrer Aufführung die Aufmerksamkeit der Behörden auf sich gezogen haben, werden der Gegenstand eines Berichts an die Verwaltung, im Notfalle einer medizinischen psychologischen Untersuchung, deren Ergebnis den Verwaltungsbehörden und wenn nötig auch den Gerichtsbehörden übergeben werden muß.

3. Wenn erforderlich, werden diese Minderwertigen sowohl in ihrem eigenen wie im Interesse der Gesellschaft einem medizinisch-pädagogischen Institut anvertraut; dieses muß mit allen Einrichtungen versehen sein, die zur Brauchbarmachung derer dienen können, bei denen sich unzweifelhaft Zeichen der psychischen Entartung zeigen.

4. Eltern, die sich über das Betragen oder die Intelligenz ihrer Kinder Sorgen für die Zukunft machen, haben das Recht, zu verlangen, daß ihre Kinder in einem medizinisch-pädagogischen Institut oder in einer besonderen Anstalt untergebracht werden, solange es notwendig ist, und bis ein Bericht des Irrenarztes die Entlassung für zulässig erklärt.

5. Der Gedanke der Sühne, der bei den psychisch Entarteten nicht am Platze ist, muß ersetzt werden durch das Bestreben, sie zu erziehen und zu bessern. Die Entarteten, bei denen die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit und Zurechnungsfähigkeit zwecklos ist, werden der Fürsorge der Verwaltung für eine unbestimmte Zeit anvertraut. Bdt.

Über die Versorgung geisteskranker Verbrecher in England.

Von Dr. med. Hermann Engelken jun. (Alt-Scherbitz).

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II 3.)

Das gesamte Irrenwesen in England, Schottland und Irland ist für jedes dieser Länder besonders geordnet; die Aufnahmekautelen sind außerordentlich strenge. Die Versorgung der Kriminellen ist, ohne Rücksicht auf Vorstrafen, ganz zentralisiert, in dem Broadmoor Criminal Lunatic Asylum zu Crowthorne, Berkshire, das 1863 erbaut und seitdem mehrfach erweitert ist. Hier finden I. die verbrecherischen Geisteskranken, die freigesprochenen sowohl als die bis zur Hauptverhandlung erkrankten, als auch schwer verbrecherisch gewordene Irrenanstaltspfleglinge; II. die in der Strafhaft Erkrankten Aufnahme.

Gebesserte, resp. als harmlos erkannte werden unter Umständen entlassen, resp. in gewöhnliche Irrenanstalten überführt; solche der II. Kategorie auch in die Haft zurückgebracht, vorausgesetzt, daß die erkannte Strafzeit noch nicht inzwischen abgelaufen ist. Denn Aufenthalt in Broadmoor wird in die Haft eingerechnet; sind sie noch nach Ablauf der Strafhaft geisteskrank, so kommen sie ev. auch in die gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Unterhaltungskosten für alle criminal lunatics trägt der Staat, nicht die heimatliche Armenbehörde. (2 M. 37 Pf. pro Tag und Kopf.)

Broadmoor hatte am 1. Januar 1904 877 Pfleglinge, einen Direktor (Arzt!) und noch 3 Ärzte; Pflegepersonal im Verhältnis von 1 : 5.

Für Beschäftigung und Unterhaltung, Arbeitsverdienst ($^1/_8$ des geschätzten Wertes ihrer Arbeit) (!) ist in offenbar sehr liberaler Weise gesorgt. Nur ein paar Züge seien hier zitiert: Einer Reihe von Kranken stehen Schränke unter eigenem Verschluß zur Verfügung. Die Anstalt hat keine Hauptschlüssel

dazu, aber jeder ist verpflichtet, seinen Schrank auf Verlangen des Arztes etc. zu öffnen, bei dauerndem Verlust des Rechts auf einen Schrank. Viele erhalten eigene Blumengärtchen etc. innerhalb der Umfassungsmauern.

41 der Anstalt gehörige Wohnhäuser werden verheirateten Pflegern mietfrei überlassen.

Die notwendige „Verdünnung" des gefährlichsten Materials erfolgt durch die Menge der übrigen, zumal selbst in den Trinkerheilstätten internierte, als geisteskrank erkannte Trinker nach Broadmoor kommen und auch wegen allerlei kleiner Delikte bestrafte; ein Delikt ist in England auch — Selbstmordversuch! (Daher kann Broadmoor wohl auch nicht ohne weiteres mit unseren deutschen Instituten für geisteskranke Verbrecher parallel gesetzt werden!) Einen großen Teil der Schwierigkeiten eliminiert auch die volle Anrechnung der in der Anstalt zugebrachten Zeit auf die Dauer der Strafhaft. Bernhardt.

Epileptische Bewußtseinsveränderungen von ungewöhnlicher Dauer und forensischen Folgen.

Von Mörchen.

(Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie, Januar 1905.)

Der 26jährige Patient stammt aus einer Familie, in der Epilepsie mehrfach vorgekommen ist (Mutter und zwei ihrer Schwestern waren epileptisch). Als Kind erlitt er eine anscheinend schwere Schädelverletzung. Späterhin litt er an Kopfschmerzen und zeigte eine Intoleranz gegen Alkohol. Im übrigen war er gesund, geistig gut entwickelt, ohne auffällige Charaktereigenschaften. Er lebte solide, arbeitete in der Möbelschreinerei seines Vaters und war auch zwei Jahre auf dem Postamt seines Heimatsortes als Schreiber beschäftigt. Vom 18. bis 20. Jahre diente er, ohne jemals ernstlich krank gewesen zu sein, beim Militär. Erst im 22. Jahre traten im Anschluß an eine Verstimmung mehrfache Zustände von Bewußtseinsveränderung auf, die sämtlich volle Amnesie hinterließen. In jedem Anfalle entfernte sich Patient sofort vom Elternhause, um nach zwei, nach zehn, nach vierzehn Tagen — die Dauer nahm regelmäßig zu — irgendwo im Gebirge oder in den Straßen einer fremden Stadt wiederzufinden. Das Erwachen war plötzlich wie aus tiefem Schlafe. Mit der Dauer dieser Zustände wuchs auch die räumliche Entfernung von seiner Heimat.

Einmal, 1901, scheint er eine kurze, krampfähnliche Attaque gehabt zu haben (vielleicht wirklicher epileptischer Insult). Nach längerer Pause trat ein neuer Anfall von Bewußtseinsveränderung auf, der fast zwei Monate anhielt, für den nachher wieder volle Amnesie bestand. In diesem Anfall verübte der Mann fast triebartig eine ganze Kette von Betrügereien und Diebereien. Er nannte fast überall seinen richtigen Namen und gab an, wohin er demnächst reisen wollte; also waren die Handlungen zwar zweckmäßig hinsichtlich des erzielten Erfolges, aber unzweckmäßig in der Ausführung. Er wanderte dabei rastlos von Ort zu Ort und scheint dabei niemandem irgendwie auffällig geworden zu sein. Verhaftet, kam er am nächsten Tage im Gefängnis wieder zu sich. Bei den Verhören in den nächsten Tagen scheint er noch eine undeutliche summarische Erinnerung an die letzten Erlebnisse gehabt zu haben. Im Gefängnis ein Tobsuchtsanfall mit nachfolgender Amnesie; sonst um diese Zeit noch nervöse Erscheinungen, starker Tremor. Kam dann in die Irrenanstalt Stephansfeld zur Beobachtung und war hier für die ganze Zeit amnestisch. — Ziemlich ein Jahr später setzte ein neuer Anfall ein, unter durchaus gleichen Umständen, von drei Monaten Dauer mit nachheriger absoluter Amnesie: Während dieser Zeit verübte K. wieder eine ganze Menge zum Teil ganz komplizierter, eine geschickte Überlegung fordernder Betrügereien. Seine Erfahrungen im Postdienst benutzte er, um umfangreiche Postschwindeleien zu begehen. Es dauerte lange bis man den „abgefeimten Gauner" entdeckt hatte. — Während des Anfalles unsolide, verschwenderisch, Trinker, im vollkommenen Gegensatz zu seiner vor- und nachher stillen, geordneten, fleißigen und anspruchslosen Lebensführung.

Mörchen kommt — nach kritischer Beleuchtung der ganzen Literatur — zu folgenden allgemeinen Schlüssen:

„Die uns bekannten Dämmerzustände vom Charakter des second état gehören fast ausschließlich dem Gebiet der Epilepsie an. Sie sind wesensgleich aber klinisch verschieden gegenüber den gewöhnlichen Formen der Dämmerzustände. Jedenfalls ist in allen Fällen, in denen ein derartiger Zustand in charakteristischer Weise auftritt, in erster Linie an Epilepsie zu denken.

Für die Annahme eines Dämmerzustandes genügt nicht die Feststellung einer Amnesie für eine bestimmte Zeit (Möglichkeit einer retrograden Amnesie), sondern das Verhalten des Kranken in dieser Zeit selbst muß uns einigermaßen bekannt sein und muß uns Anhaltspunkte für die Annahme eines in der charakteristischen Weise veränderten Geisteszustandes geben.

Die typischste Form des second état, wie wir sie in unserm Falle beobachten konnten und wie sie am deutlichsten als Äquivalent für den Krampfanfall erscheint, enthält als wichtigste Merkmale: Plötzliches Auftreten und Verschwinden mit einer Aura, respektive mit postparaxcynealen Beschwerden. Sodann totale Amnesie. Ferner im Zustande selbst: ein Nebeneinander von gleichgültigen und möglichst zahlreichen, triebartigen Handlungen, die mit dem sonstigen Verhalten des Kranken in einem starken Widerspruch stehen, an und für sich aber geordnet und unauffällig erscheinen können.

Psychologisch betrachtet, ist es am wahrscheinlichsten, daß es sich im second état um eine Störung des Selbstbewußtseins respektive um eine Störung der gesetzmäßigen Assoziation handelt. Ätiologisch kommen am ehesten vasomotorische Einflüsse im Gehirn in Betracht.

Fallen gesetzlich strafbare Handlungen in einen Zeitraum, in dem sich das Individuum nachweislich in einer geistigen Störung vom Charakter des second état befand, so sind sie unbedingt als im Zustande von „Bewußtlosigkeit" (im Sinne des § 51) begangen anzusehen." Bernhardt.

Das Bierdelirium.

Von Gudden.

(Archiv f. Psych., Band 40, Heft 1.)

Zwei hereditär belastete, starke Biertrinker (über 10 Liter täglich), die Schnaps nur ganz ausnahmsweise zu sich nehmen, erkranken mit allen charakteristischen Symptomen des halluziatorischen Alkoholwahnsinns. Bei dem einen dauert das Stadium der Halluzinose nahezu zwei Jahre. Im zweiten Fall hält es nach $1^3/_4$ Jahren noch an. Spezifisch für das Bierdelirium erscheint die ängstliche Form der Sinnestäuschungen und vor allem die lange Dauer der Halluzinose, die Verschleppung der Krankheitserscheinungen. Wir haben zu berücksichtigen, daß der Mißbrauch des Bieres im Verhältnis zum Schnaps oder zu schweren Weinen ein viel längerer sein muß, um dieselben psychischen Störungen hervorzurufen, daß aber dafür der ganze Organismus infolge der jahrelang täglich durch ihn gepumpten Flüssigkeiten weitaus mehr an Elastizität einbüßt, als durch die Einverleibung des Alkohols in konzentrierter Form, mit andern Worten, das Minus an Schaden, welchen das Bier gegenüber dem Branntwein sowohl durch seine Verdünnung als durch den Mangel an Fuselölen bei sparsamem Genuß anrichtet, wird zum Plus, sobald die mittelst Bier eingenommene Alkoholmenge sich derjenigen übermäßigen Schnapskonsums nähert.

Zur Bewertung des Tremors als Zeichen des Alkoholismus.

Von Prof. **Fuerbringer**, Berlin.

(Berl. klin. Wochenschr. 1905, Nr. 21, S. 639.)

Die Arbeit erörtert 500 Fälle, die Verf. selbst beobachtet hat. Er unterscheidet diejenigen, welche durch das mäßig genossene Gewohnheitsgetränk in ihrer Gesundheit nicht geschädigt sind als Nicht-Trinker von den Trinkern, also Patienten. Der Grenzwert ist ihm für erstere 1 Liter Bier oder eine halbe Flasche leichten Weines pro Tag bei Enthaltsamkeit von konzentrierten Spirituosen. Mit dieser Definition können alle zufrieden sein, die nicht fanatisch zur Abstinenz schwören. Ehe ich die Zahlen mitteile, sei eine Bemerkung gestattet. Es ist nicht angegeben, wie Verf. seine Prozente gewonnen hat. Nach meinem Dafürhalten können sie nur auf die Summe der Trinker einerseits, der Nicht-Trinker andererseits bezogen werden. Dann ergeben sich aber mit F.'s absoluten Zahlen Prozente, die nicht unerheblich von den seinigen abweichen. Ich stelle beide nebeneinander. Es boten von den 500 Fällen den Tremor:

	Absolute Zahlen	Prozente des Verfassers	Prozente meiner Rechnung	
nicht oder kaum	194	91,5	51,73	von 375 Nicht-Trinkern
mäßig	153	73,0	40,80	
stark	28	35,5	7,47	
nicht oder kaum	18	8,5	14,40	von 125 Trinkern
mäßig	56	27,0	44,80	
stark	51	64,5	40,80	

Vfs. Schlüsse sind folgende: 1. Potatoren können den Tremor vermissen lassen; 2. Mäßiges Händezittern berechtigt an sich zu keinen Schlüssen auf Alkoholismus; 3. Auch starker Tremor ist nicht stets, wohl aber wahrscheinlich für die Diagnose des Potatoriums zu verwerten. Unter den Krankheiten, die außerdem das Symptom zeigen können, steht obenan die Neurasthenie, besonders die sexuelle und die traumatische. Ebenso häufig leiden nervöse Phthisiker daran. Natürlich ist das männliche Geschlecht mehr beteiligt als das weibliche: 64 zu 46 %; während bei den Nicht-Trinkern das Verhältnis umgekehrt liegt: 32 zu 43 %. Bei der ärztlichen Einschätzung des Zeichens ist aber immer mit der gern produzierten Verheimlichung der Trinkgewohnheit zu rechnen. Über die Beziehungen der Quinquaudschen Phalangenkrepitation zum Alkoholismus sind die Akten noch nicht geschlossen; jedenfalls ist der Tremor höher zu bewerten.

Ktg.

Zur Kenntnis des Quinquaudschen Zeichens.

Von Dr. H. **Hoffmann** und Dr. H. **Marx**, Berlin.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 18, pg. 564.)

Das Quinquaudsche Zeichen, welches in Deutschland zuerst **Fürbringer** näher beschrieben hat, wird von forensischen Autoren als ein sicheres Zeichen des Alkoholismus angesehen. Man merkt, wenn man die gespreizten Finger des zu Untersuchenden auf den eignen Handteller setzen läßt, während der ersten zwei bis drei Sekunden nichts Außergewöhnliches, dann aber leichte Erschütterungen, als ob die Fingerknochen brüsk gegen einander und gegen die Flachhand des Untersuchers stießen. Je nach der Intensität und nach der Dichte und Kontinuität der Stöße hat man eine Empfindung, die vom leichten Reiben bis zum richtigen Knarren und Krachen schwankt. Verfasser haben das Phänomen an 1018 Insassen des Untersuchungsgefängnisses Moabit geprüft. Sie kommen auf Grund ihrer Beobachtungen zu folgenden Schlüssen:

1. Das Fehlen des Quinquaudschen Zeichens oder ein mäßiger Grad desselben lassen sichere Schlüsse auf Abstinenz oder Alkoholmißbrauch nicht zu. Das Fehlen erlaubt höchstens mit einer Wahrscheinlichkeit von 3 : 2 Abstinenz anzunehmen.

2. Ein intensiver Grad des Phänomens zeigt mit einer Wahrscheinlichkeit von nahezu 3 : 1 den Potator strenuus, mit einer Wahrscheinlichkeit von 2 : 1 den Trinker an.

J. **Meyer**, Lübeck.

Über die Beziehungen der angeborenen ectodermalen Keimblattschwäche zur Entstehung der Tabes dorsalis.

Von A. **Bittorf**.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 5—6. Heft.)

Die ererbte geringere Widerstandsfähigkeit des Nervensystems gegenüber Lebensansprüchen und äußeren Schädigungen ist nach Verfasser als das wichtigste Moment für die Erkrankung an Tabes anzusehen. Die neuropathische Anlage bedeutet eine verminderte Widerstandsfähigkeit und wird nachgewiesen durch die Feststellung der nervösen Belastung und das Auftreten von Degenerationszeichen. Verfasser fand etwa 80 Proz. seines Materials (16 Männer, 15 Frauen) belastet, während er 10 Proz. als Höchstzahl bei dem gesunden Durchschnitte annimmt. Bei Tabes im jugendlichen Alter fällt auf die außerordentliche Häufigkeit direkter Heredität (Tabes oder auch Paralyse bei den Eltern). Die Kranken bieten vor oder neben der Tabes oft psychische und nervöse Störungen. Die Tabiker zeigen nicht nur schwerere, sondern auch häufigere Mißbildungen als Vergleichspersonen. Für die Minderwertigkeit des Nervensystems spricht die wiederholt beobachtete Kombination von Tabes und Syringomyelie und das gerade bei Tabes oder Paralyse mit Hinterstrangerkrankung beschriebene Vorkommen von Heterotopie oder abnormem Faserverlauf.

Verfasser schließt damit, daß er sagt: Die Tabes entsteht also wohl nur bei einem angeboren abnormen, minderwertigen Rückenmark.

Schultze.

Über die syphilogenen Erkrankungen des zentralen Nervensystems und die Frage der „Syphilis à virus nerveux".

Von Fr. **Fischler**.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band, 5. u. 6. Heft.)

Verfasser stellt aus der Literatur die Beobachtungen über infantile und juvenile Tabes, Taboparalyse, Paralyse und syphilogenen Erkrankungen bei Ehegatten, über Fälle von familiärer Tabes, Taboparalyse oder Paralyse zusammen, sowie die über Gruppenerkrankungen aus einer gemeinsamen bestimmten Infektionsquelle bei mehreren Individuen ohne verwandtschaftliche oder familiäre Beziehungen; einige neue bisher noch nicht veröffentlichte Fälle werden mitgeteilt.

Aus dem Material, besonders aus verschiedenen Beobachtungen **Nonnes**, ergibt sich, daß neuropathische Belastung keine Rolle spielt. Man muß vielmehr immer auf die Lues zurückgreifen. Vieles spricht zugunsten der Annahme von spezifischen Eigentümlichkeiten gewisser luetischer Infektionen, die eine spezielle Affinität zur Lokalisation im Nervensystem haben. Besonders die Beobachtung von **Brosius** verdient Beachtung. Sieben Glasarbeiter werden durch einen und denselben Kameraden infiziert; von fünf nach zwölf Jahren untersuchten Individuen waren vier tabisch oder paralytisch oder dieser Krankheit verdächtig. **Erb** sah von fünf Leuten, die mit derselben Person coitiert hatten, vier syphilitisch werden, die später alle tabisch oder paralytisch wurden. Die Verschiedenheit der luetischen Gifte ist mit biologischen Erfahrungen durchaus vereinbar; Lähmungen treten nur nach einzelnen Diphtheriefällen auf, Typhusepidemien verlaufen bald mit leichten, bald mit schwersten Komplikationen. Es bedarf noch der Sammlung weiteren Mate-

rials; und welche Gesichtspunkte hierbei zu berücksichtigen sind, das hat Verfasser kurz am Schlusse seiner klaren Arbeit auseinandergesetzt.

Schultze.

Tagesgeschichte.

Röntgenkurse.

Die beiden letzten Aschaffenburger Röntgenkurse dieses Jahres beginnen am 7. Oktober und 8. Dezember. Die Dauer der Kurse ist 5 bis 6 Tage, während deren vormittags und nachmittags je 3 bis 4 Stunden gearbeitet wird.

Die Kursleitung hat verschiedentlich geäußerten Wünschen entsprechend in das Programm Vorträge über die neuere Elektronentheorie und die Radiumforschung einfügen lassen, welche von Ingenieur Dessauer gehalten werden.

Das Programm ist im übrigen das bekannte. Ohne Vorkenntnisse vorauszusetzen, werden die physikalischen Grundlagen kurz durchgesprochen, dann eingehend die Technik, und zwar streng objektiv. Von ärztlicher Seite wird die Anwendung des Verfahrens in der Chirurgie, der inneren Medizin und der Therapie theoretisch und praktisch vorgetragen und demonstriert. Das zur Verfügung stehende Krankenmaterial war in den letzten Kursen sehr reichlich. Nähere Anfragen sind zu richten an den Kursleiter, Herrn Medizinalrat Dr. Roth, Kgl. Landgerichts- und Bezirksarzt, Aschaffenburg.

J. Meyer, Lübeck.

Bezahlte ärztliche Gutachten für Heilpräparate.

Den Preußischen Ärztekammern wird demnächst eine mit zahlreichen Unterschriften bedeckte Petition überreicht werden, deren Zweck die Beseitigung eines stetig anwachsenden Übelstandes ist. Während die berufliche oder persönliche Integrität des deutschen Arztes bisher unantastbar gewesen ist, haben sich, wie es in einer von ärztlicher Seite an die „Post" gerichteten beachtenswerten Zuschrift heißt, in den letzten Jahren eine Anzahl Ärzte zu einer kommerziellen Ausbeutung ihres Berufes verleiten lassen, welche geeignet ist, den fleckenlosen Ruf der deutschen Ärztewelt zu trüben. Die Erfinder und Entdecker der Tausende von „Heilmitteln", die jährlich neu auftauchen, wünschen natürlich, ihre Präparate mit Aussicht auf großen Gewinn auf den Markt zu bringen. Zu diesem Zwecke müssen sie sich möglichst viele „wissenschaftliche Gutachten" verschaffen, da solche Empfehlungen der betreffenden Erfindung einen beträchtlichen Nimbus verleihen. An viele Ärzte, namentlich Spezialisten, treten denn auch im Laufe des Jahres zahlreiche Anerbieten heran, derartige Gutachten gegen hohes Honorar auszustellen. Selbstverständlich darf ein Arzt, der Achtung vor seinem Beruf und vor sich selbst hat, ein solches Gutachten nur dann ausschreiben, wenn er mit dem betreffenden Präparate eingehende und gewissenhafte Versuche angestellt hat und von seiner Heilwirksamkeit fest und aufrichtig überzeugt ist. Aber gerade in diesem Punkte wird seit einiger Zeit in recht bedenklichem Maße gesündigt.

Nicht genug aber können namentlich die jüngeren Ärzte davor gewarnt werden, Zeugnisse über Präparate auszustellen, die ihnen zur Verwendung in der Praxis von dem Erfinder oder dem Fabrikanten als Gratisproben zugeschickt worden sind. Derartige Zeugnisse sind dem betreffenden Lieferanten willkommene Reklamemittel. Daß es nach § 7 unserer ärztlichen Standesordnung direkt untersagt ist, über die Wirksamkeit sogenannter Geheimmittel Zeugnisse auszustellen, möge hierbei nicht unerwähnt gelassen sein.

(Korrespondenzblatt der ärztlichen Kr. u. Bez.-Vereine in Sachsen.)

Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fachpresse hielt ihre Generalversammlung am 26. September unter Vorsitz von Herrn Adler-Wien ab. Hauptgegenstand der Tagesordnung bildete die Beratung eines definitiven Statuts auf Grund von Vorschlägen der Herrn Posner und Adler; weiter wurden, nach einem Referat des Herrn Schwalbe, bestimmte Grundsätze betreffs der Berichterstattung auf Kongressen vereinbart. Geschäftsführer für das Jahr 1906 ist Herr Posner.

(„Berl. klin. Wochenschrift.")

Ärztliches Kauderwälsch.

Wir bringen nachstehenden Auszug aus einem Zeugnis einer deutschen „chirurgischen Klinik": „Der Maschinist J. St. war in stationärer Beobachtung, die Haut war an den Extremitäten marmoriert. Die Bindehaut stark injiziert, keine Dämpfung, überall Verikuläratmen, die Radialarterie und Temporalarterie sind etwas rigid. Bei der Palpation wird kein besonderer Schmerz empfunden. Die Muskulatur der linken oberen Extremität ist nicht besonders atrophisch. Ataktische Bewegungen sind nicht wahrzunehmen. An der ausgestreckten Hand findet sich ziemlich starker grobschlägiger Tremor. Die Patellarreflexe sind beiderseits gesteigert, der Kremasterreflex deutlich. An der linken oberen Extremität besteht von einer zirkulären Linie an abwärts eine Herabsetzung der Schmerzempfindung. Nach dem Röntgenbild muß am sechsten Halswirbel eine Fraktur stattgefunden haben. Der betreffende Wirbel ist unregelmäßig in der äußeren Form, auch der Processi transversi. Nach dem Bilde von der Seite scheint der Processus spinosus abgebrochen zu sein. Die spezialärztliche Augenuntersuchung ergab: Pupillen gleich weit, sie reagieren prompt auf Lichteinfall." — Und aus derartigem Gewälsch soll sich nun der Laie, der auf Grund eines solchen Zeugnisses einem Verletzten nach Pflicht und Gewissen eine Rente zusprechen muß, ein Bild der Krankheit machen. Was würde einem französischen Arzt wohl gesagt werden, der so mit Fremdwörtern um sich schmisse? Ist denn die Ausbildung in der deutschen Sprache auf unseren Hochschulen gar so jämmerlich, daß man in dieser reichen Sprache mit so reichem Wörterschatz nicht einmal ein Krankheitsbild zu geben imstande ist? Das wäre fürwahr ein böses Armutszeugnis. Andrerseits ist es aber auch ein grober Unfug, wenn man einer Berufsgenossenschaft die Zumutung stellt, für ihr gutes Geld für die Zeugniskosten sich mit solch unklaren ärztlichen Ausführungen zu begnügen! Eine Besprechung solchen Mißstandes wäre eine recht verdienstvolle Aufgabe für den nächsten deutschen Ärztetag! („Fränkische Morgenzeitung.")

Die ärztliche Sachverständigen-Zeitung wies bereits bei ihrem ins Leben Treten in ihren Programmartikeln darauf hin, wie notwendig es sei, daß Fremdwörter aus den Sachverständigen-Gutachten möglichst grundsätzlich ausgemerzt würden, damit sie dem Verständnis von Laien, für die sie ja bestimmt seien, nach Möglichkeit nahe gebracht würden. Wir hoben damals bedauernd hervor, daß die Universitäten noch nicht genügende Rücksicht auf die einschlägigen Verhältnisse nähmen und daher die jungen Ärzte nicht genügend vorbereitet für einen wichtigen Zweig ihrer Erwerbstätigkeit ins Leben hinausgingen.

Im Laufe der letzten 10 Jahre sind sicher sowohl im Universitätsunterricht, als namentlich im ärztlichen Fortbildungswesen die einschlägigen Verhältnisse wesentlich günstiger geworden. Doch beweist die in obigen Ausführungen enthaltene, inhaltlich nicht unberechtigte Laienkritik, wie sehr im Interesse der Würde des Ärztestandes ein derartiges Beharren auf einer eigenen nicht gemeinverständlichen Zunftsprache bekämpft werden muß.

A. L.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann-Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes sowie für praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 21. Ausgegeben am 1. November.

Inhalt:

Syphilis und Trauma.

(Kasuistischer Beitrag.)

Von

Professor E. Meyer-Königsberg i. Pr.

Stolper*) hat in einer eingehenden Arbeit auf die große Bedeutung hingewiesen, die bei der Unfallbegutachtung die syphilitische Infektion gewinnen kann. Er ist dabei, indem er im einzelnen die Beziehungen von Syphilis und Trauma bei den bedeckenden Weichteilen, dem Skelett und den inneren Organen durchgeht, zu dem Ergebnis gekommen, daß geringfügige Wunden zur Eingangspforte für das syphilitische Virus werden können, daß ferner bei bestehender oder nachträglich hinzutretender Syphilis diese gerade am Orte eines frischen wie eines längst verheilten Traumas mit ihrer eigentümlichen Gewebsveränderung hervortreten kann.

Bei manchen Unfallkranken erwachsen nun der Beurteilung besondere Schwierigkeiten dadurch, daß zwar Zeichen frischer oder alter Syphilis sicher nachweisbar sind, daß aber nicht klar zu stellen ist, ob die vorliegende Lokalisation des syphilitischen Prozesses durch den Unfall bedingt ist, und es nun schwer ist, abzuwägen, ob bei den Beschwerden des Kranken nur traumatische Störungen vorliegen, ob die Folgen von Syphilis und Trauma nebeneinander bestehen, oder endlich, ob die syphilitische Erkrankung allein imstande ist, die krankhaften Erscheinungen zu erklären, so daß das Trauma als ursächlicher Faktor ausscheidet. Zur Erörterung dieser Fragen sollen die im folgenden mitgeteilten Gutachten anregen.

1. Auf Ersuchen des Reichsversicherungsamtes, Abteilung für Unfallversicherung, verfehle ich nicht, in der Unfallversicherungssache der Frau X. das von mir erforderte Obergutachten zu erstatten.

Vorgeschichte.

Nach der Unfallanzeige vom 15. September 1903 sowie dem Vernehmungsprotokoll von demselben Datum hat die jetzt 46jährige Frau X., bei der von früheren wesentlichen Erkrankungen nach den Akten nichts bekannt, am 24. August 1903 in der Weise einen Unfall erlitten, daß eine Leiter, die sie zum Hinabsteigen in die Scheune benutzte, abglitt und mit Frau X. umfiel, die dabei mit dem Hinterkopf auf ein Rad aufschlug. Augenzeugen waren ihr Mann und ihr Vater. Angaben darüber, ob Frau X. bewußtlos war etc., finden sich in den ersten Akten nicht, dagegen heißt es in der Eingabe an das Reichsversicherungsamt, daß sie „auf der

*) Stolper, Über die Beziehungen zwischen Syphilis und Trauma etc. Deutsche Zeitschrift für Chirurg., Bd. 65, S. 117. Dort Literatur, vgl. auch Cahen, Ärztl. Sachverst.-Ztg. 1902, Nr. 8 und Kühn, ebda. 1903, Nr. 9.

Stelle tot liegen blieb, daß das Blut aus dem Munde strömte, und daß es erst nach längerem Mühen der Angehörigen gelang, sie wieder zu beleben". Am Tage nach dem Unfall suchte X. den Kreisarzt Dr. C. auf, der feststellte, daß „die Kopfhaut im Bereich des untersten Teiles des Hinterkopfes bis zur Haargrenze eingetrocknete Blutspuren zeigte, mit denen die Haare untereinander verklebt waren. Es war keine Verfärbung vorhanden. Dagegen schien unter der Kopfhaut ein kleiner Bluterguß zu bestehen. „Die X. klagte über Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Steifheit des Genickes.

Die X. wurde von Herrn Dr. C. eine Zeitlang behandelt. Am 21. November 1903 gibt sie amtlich zu Protokoll, daß sie noch an Kopfschmerzen leide und noch keine schweren Arbeiten verrichten könne, und daß sie deswegen eine Unfallrente beanspruche. Daraufhin wurde die X. am 19. Dezember 1903 nochmals vom Kreisarzt Herrn Dr. C. untersucht. Es ergab sich, wie Herr Dr. C. in seinem Attest ausführte, ein völlig negativer Befund und keinerlei Anhaltspunkte für die Möglichkeit, daß die X. infolge des seinerzeit erlittenen Unfalles noch an Kopfschmerzen leide. Sie sehe gesund aus; an der Stelle der einstigen Verletzung seien überhaupt keinerlei Spuren des voraufgegangenen Unfalles zu bemerken. Dr. C. gab sein Gutachten dahin ab, daß die X. von dem Unfall soweit wieder hergestellt sei, daß sie in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eine Einbuße nicht erleide. Daraufhin wies die Berufsgenossenschaft den Entschädigungsanspruch der X. ab. Das Schiedsgericht, an das die X. Berufung eingelegt hatte, schloß sich ausdrücklich diesem Gutachten in der Sitzung an und verwarf die Berufung.

Inzwischen hatte sich die X. in Behandlung des Dr. L. begeben und eine wesentliche Erleichterung erfahren. Dr L. attestierte am 24. Mai 1904 auf Wunsch der X., daß sich eine Knochenauftreibung an der rechten Seite des Hinterkopfes befinde, die auf Druck schmerzhaft sei, und daß die Wahrscheinlichkeit vorliege, daß die Beschwerden der X., Kopfschmerzen und Schwindelanfälle, die noch bei der Entlassung bestanden, in ursächlichem Zusammenhange mit dem Unfall ständen. Mit diesem Atteste wandte sich die X. an das Reichsversicherungsamt, indem sie darauf hinwies, daß sie seit dem Unfalle nicht mehr imstande sei, ihre Berufsarbeiten wie vorher zu verrichten, in ihrem Kopfe mache sich fortwährend Brausen bemerkbar, es träten Schmerzen, verbunden mit Hitze und Kopfschwindel auf, die sie öfters ans Bett fesselten. Auf die vom Reichsversicherungsamt, angestellten Ermittlungen teilte der Gemeindevorsteher mit, daß er die X. durch den Unfall für erheblich geschädigt halte. Sie sei nicht mehr so geistig normal wie früher. Wenn man ihr im Vorbeigehen zum Beispiel die Tageszeit biete, sehe sie einen blöde an, gebe keine Antwort. Ihr Verstand scheine gelitten zu haben. Außerdem klage sie über Schmerzen und liege sehr viel zu Bett.

Auf eine weitere Anfrage der Klinik erklärte, wie ich gleich hier anfügen will, der Gemeindevorsteher, die X., die er seit etwa acht Jahren persönlich kenne, sei vor dem Unfall körperlich und geistig durchaus normal gewesen, erst nachher habe sich die Geistesumnachtung, verbunden mit den übrigen Beschwerden, bei ihr eingestellt.

Die X. befand sich auf Anordnung des Reichsversicherungsamts vom 7. bis 18. November 1904 in der psychiatrischen Klinik zu Königsberg i. Pr.

Eigene Beobachtung.

Die wiederholt vorgenommene körperliche Untersuchung ergibt: Mäßiger Ernährungszustand, Haut und sichtbare Schleimhäute etwas blaß. Kein Ausschlag am Körper, keine Drüsenschwellung.

Beklopfen des Hinterkopfes etwas schmerzhaft, die Stelle, mit der Frau X. bei dem Falle aufgeschlagen sein will, angeblich sehr schmerzhaft. Eine Narbe findet sich nicht, ebensowenig läßt sich zur Zeit eine Knochenauftreibung finden, auch die chirurgische Untersuchung ist negativ. Die Pupillenreaktion ist normal, Augenbewegungen, Gesichtsfeld und Augenhintergrund ohne Störung. Fazialis frei.

Zunge gerade, zittert kaum.

An der Schleimhaut von Lippen und Mund, speziell an den Mundwinkeln und Gaumen, mehrfache Geschwüre mit zerfressenem Rande und speckigem Grunde, die nach dem Urteil von Herrn Professor Caspary, Professor der Dermatologie, unzweifelhaft syphilitischer Natur sind.

Zähne sehr defekt, Gaumen- und Rachenreflex vorhanden.

Innere Organe ohne Besonderheiten, Puls regelmäßig, nicht beschleunigt. Bei Druck auf die schmerzhafte Stelle keine Beschleunigung des Pulses. Urin frei von Eiweiß und Zucker. Bewegungsfähigkeit ohne gröbere Störung, nur erscheint der Gang etwas schwankend und unsicher, die Gliedmaßen, besonders die unteren, geraten beim Erheben in Zittern.

Motilität frei.

Beim Stehen mit geschlossenen Augen kein stärkeres Schwanken, aber Zittern im ganzen Körper. Reflexe sämtlich lebhaft.

Außer an den Fußsohlen, die überempfindlich sind, keine Störungen der Sensibilität.

Mäßiges vasomotorisches Nachröten.

7. November 1904. Frau X. ist äußerlich ruhig und geordnet, gibt über ihre Personalien richtig Auskunft, schwer krank gewesen sei sie nie, speziell will sie nichts von syphilitischer Erkrankung wissen, die übrigens auch der Mann in Abrede stellt. Die Periode sei regelmäßig. Den Unfall erzählt sie, wie er in den Akten angegeben ist. Sie solle längere Zeit bewußtlos gewesen sein. Gleich nach dem Unfall habe sie Kopfschmerzen empfunden, gar nicht schlafen können, konnte nicht liegen, mußte sitzen. Die ärztliche Behandlung habe ihr nicht geholfen, erst bei Dr. L. sei es etwas besser geworden. Ihre jetzigen Beschwerden seien Schmerzen im Hinterkopf, besonders in der Wärme. Stehe sie zum Beispiel am Herd, so treten im ganzen Kopf Stiche auf. Bei der Arbeit, besonders beim Bücken, habe sie oft Schwindel, es gehe wie Blitze durch die Augen. Würden die Kopfschmerzen arg, so fühle sie sich im ganzen Körper schlecht. Die Wirtschaft könne sie nicht mehr versehen, nur leichte Arbeit im Hause tun. Seit dem Unfall sei sie immer traurig und trübe, schlafe schlecht. Auch vergesse sie sehr leicht. Frau X. macht einen kummer- und sorgenvollen Eindruck, neigt zum Weinen. Die Verständigung mit ihr ist durch ihre unzureichende Kenntnis der deutschen Sprache erschwert.

Wegen der syphilitischen Erkrankung erhält Frau X. Jodkali, von der Einleitung einer Quecksilberkur wird abgesehen, da sie nur kurze Zeit hier verbleibt.

In der Folgezeit dauernd trübselig, niedergedrückt, weinte viel, aß einmal gar nicht, es werde hier nur schlechter, klagte besonders über schlechten Schlaf und Kopfschmerzen; die letzteren bestanden angeblich auch bei der Entlassung (18. November 1904) unverändert fort, während die Geschwüre im Munde anfingen sich zu bessern. Der Schlaf war in manchen Nächten schlecht, meist aber ausreichend.

Gutachten.

Die Untersuchung der Frau X. hat ergeben, daß dieselbe zur Zeit vor allem Abweichungen auf geistigem Gebiete zeigt. Es besteht bei ihr anhaltend, in Gegenwart des Arztes wie in seiner Abwesenheit, trübe, niedergedrückte Stimmung, die sich zeitweise in Weinen und Klagen Luft macht. Anhaltspunkte für eine organische Erkrankung des Nervensystems finden sich nicht, auch keine Erscheinungen, die auf eine gröbere Schädigung des Gehirns, an die man ja bei dem angeblich schweren Fall denken könnte, hinweisen, wir können nur dauernd Lebhaftigkeit sämtlicher Reflexe nachweisen, die als Zeichen einer krankhaften Erregbarkeit des Nervensystems aufzufassen wir wohl berechtigt sind. Unter den Klagen, die Frau X. vorbringt, stehen, abgesehen von denen über stete traurige Stimmung, die starken Kopfschmerzen, die sich bei Wärme und jeder anstrengenden Arbeit steigern, und der Schwindel obenan. Wenn wir auch aus dem objektiven Ergebnis der körperlichen Untersuchung keinen Aufschluß über das tatsächliche Vorhandensein dieser Beschwerden gewinnen können, so spricht doch die anhaltende gemütliche Depression dafür. Nun hören wir von dem Gemeindevorsteher versichern, daß Frau X. vor dem Unfall körperlich und geistig durchaus normal gewesen sei, seitdem aber geistig verändert erschien, nicht den Gruß erwiderte, blöde die Vorübergehenden ansah und keine Antwort gab, daß sie auch viel über Schmerzen klagte und oft zu Bett lag. Freilich hat Herr Kreisarzt Dr. C. die Ansicht vertreten, daß Frau X.' Klagen über Kopfschmerzen in dem objektiven Befunde keinerlei Stütze fänden, daß Frau X. vielmehr völlig erwerbsfähig sei. Aber

einmal können einem, wenn man nicht gewöhnt ist, sein Augenmerk darauf zu richten, geistige Abweichungen, zumal bei nur einmaliger Untersuchung, leicht entgehen, und dann findet sich tatsächlich in dem Gutachten von Dr. C. keinerlei Hinweis auf das geistige Verhalten, das ja gerade bei Nervenerkrankungen nach Unfällen so außerordentlich häufig Störungen aufweist. Bedenken wir ferner, daß Dr. L. — wenn wir auch die von ihm beobachtete Knochenauftreibung nicht konstatieren können — auch das Bestehen von Kopfschmerzen und Schwindel anerkannt hat und für ihren Zusammenhang mit dem Unfall eintritt, und erinnern wir uns wieder der jetzt unzweifelhaft schweren krankhaften Verstimmung, so scheint es wohl berechtigt, anzunehmen, daß die zurzeit bestehenden Beschwerden tatsächlich seit dem Unfall schon dauernd vorhanden sind. Sie entsprechen, wie wir noch hervorheben wollen, ja durchaus dem bekannten Bilde der Neurosen nach Unfällen, bei denen ja auch bald mehr die Abweichungen rein nervöser Art, bald mehr, wie hier, die auf geistigem Gebiete im Vordergrunde stehen. Da Frau X. vorher, wie schon bemerkt, gesund war, so liegen die Dinge anscheinend einfach: Durch eine nicht unerhebliche Kopfverletzung wäre eine Neurose zur Entwicklung gekommen, die nach unserer ganzen Schilderung zurzeit einen solchen Grad erreicht hat, daß die Erwerbsfähigkeit um mindestens 75% beeinträchtigt ist. Leichte Hausarbeit gibt ja Frau X. selbst an, noch verrichten zu können. Die Verhältnisse gestalten sich aber verwickelter durch die sicher festgestellte Syphilis der Mundschleimhaut, bei der nach Ansicht von Herrn Professor Caspary der Zeitpunkt der Infektion etwa zwei Jahre zurückliegt Wir wissen nämlich, daß die Syphilis mit Vorliebe schon an und für sich, ohne daß eine Kopfverletzung hinzukommt, zu Erkrankungen des Nervensystems führt. Dabei sehen wir ab von verschiedenartigen nervösen und psychischen Störungen, die man während der ersten Zeit der Erkrankung zuweilen beobachtet, die hier, da die Infektion schon ca. zwei Jahre zurückliegt, wohl ebensowenig in Frage kommen, wie die erst zehn, fünfzehn und mehr Jahre nach der Infektion sich entwickelnden Tabes oder Paralyse, für deren Vorhandensein keine Anhaltspunkte hier vorliegen. Dagegen kommt erfahrungsgemäß die Lues cerebro spinalis in den ersten Jahren nach der Infektion vor. Häufig pflegt sie sich gerade unter dem begünstigenden Einfluß von Kopfverletzungen zu entwickeln. Der anscheinend latente syphilitische Krankheitsstoff flammt auf und findet den günstigsten Boden für seine Ausbreitung in dem durch die Verletzung geschwächten Nervensystem.

Bietet nun Frau X. Erscheinungen einer Syphilis des Nervensystems? Objektiv nachweisbar nicht, nur von ihren Beschwerden könnten die Kopfschmerzen auf sie bezogen werden, die bei der Syphilis des Nervensystems gerade besonders heftig, speziell nachts, auftreten. Der Verdacht, daß eine syphilitische Nervenerkrankung hier mit im Spiele ist, steht daher auf schwachen Füßen, aber man muß endlich noch bedenken, daß die syphilitischen Krankheitsprozesse, wie hier in der Mundhöhle, allgemein schwächend einwirken und insofern die Folgen des Unfalls möglicherweise noch steigern und mehr hervortreten lassen.

Diese Überlegungen führen uns zu dem Schlusse, daß, wenn auch unzweifelhaft die jetzt bestehenden Krankheitserscheinungen sicher zum größten Teil, wahrscheinlich alle, durch den Unfall bedingt sind und auch objektive Zeichen einer syphilitischen Erkrankung des Nervensystems fehlen, doch mit der Möglichkeit gerechnet werden muß, daß durch gründliche Behandlung der jetzt vorhandenen syphilitischen Prozesse eine gewisse Besserung vielleicht zu erwarten wäre. Somit sind wir nicht in der Lage, die oben konstatierte Erwerbseinschränkung von 75% bei der Frau X. ohne weiteres ausschließlich als Folge des Unfalls anzusehen, ein kleiner Teil derselben findet möglicherweise in der syphilitischen Erkrankung seine Erklärung. Aufklärung darüber kann uns erst eine gründliche antisyphilitische Kur bei Frau X. geben, deren Vornahme wir dem Manne derselben dringend angeraten haben.

Immerhin können wir auch heute schon soviel sagen, daß mit größter Wahrscheinlichkeit von der gesamten Einbuße an Erwerbsfähigkeit ca. 50—60 % auf den Unfall allein zu beziehen sind, die Entscheidung über den Rest von 25 % muß noch ausgesetzt werden.

Ich gebe daher mein Gutachten dahin ab:

Frau X. leidet zurzeit an nervösen Störungen, die jedenfalls zum größten Teil auf den Unfall vom 24. August 1903 ursächlich zurückzuführen sind. Ihre Erwerbsfähigkeit ist im ganzen um 75% — in Prozenten völliger Erwerbsunfähigkeit ausgedrückt — herabgesetzt, von denen ca. 50—60 % auf den Unfall zu beziehen sind, während über den Rest von 15—25 % ein sicheres Urteil zurzeit nicht möglich ist.

Hier sehen wir somit nebeneinander Erscheinungen, die in ihrer ganzen Art durchaus denen einer funktionellen Neurose traumatischen Ursprunges entsprechen, und Zeichen einer syphilitischen Erkrankung der Mundschleimhaut, die an sich der indolenten Patientin kaum erhebliche Beschwerden verursachen. Der Primäraffekt liegt aller Wahrscheinlichkeit nach 2 Jahre zurück, ist also dem Unfalle um 3/4 Jahre etwa vorausgegangen. In Frage käme einmal, ob durch den Unfall infolge einer allgemeinen Körpererschütterung das syphilitische Gift gewissermaßen wieder in Umlauf gesetzt wäre und aus irgend einem Grunde sich an der Mundschleimhaut lokalisiert hätte. Daß eine Festsetzung des syphilitischen Virus an einer von dem Orte der traumatischen Einwirkung entfernten Stelle stattfinden kann, gibt auch Stolper (l. c.) unter der Voraussetzung einer Erschütterung des gesamten Körpers zu. Jedoch fehlen uns hier jede sicheren Unterlagen für eine solche Annahme.

Die zweite Möglichkeit wäre die, daß neben der syphilitischen Erkrankung der Mundschleimhaut durch die Verletzung, die ja den Kopf getroffen hat, eine syphilitische Hirnerkrankung sich entwickelt hätte, ein Vorgang, der uns ja an sich vertraut ist. Auf eine solche Erkrankung des Gehirns könnten höchstens die Kopfschmerzen hindeuten, wobei ich bemerke, daß eine besondere Intensität derselben zur Nachtzeit nicht feststellbar war. Im übrigen fehlen jegliche Erscheinungen einer Lues cerebrospinalis.

Daß die syphilitische Infektion an und für sich schwächend einwirken kann, ist ja nicht zu bestreiten, daß es aber hier speziell der Fall gewesen sei, ist unbewiesen und wohl auch unbeweisbar. Die Entscheidung darüber, ob überhaupt die syphilitische Infektion bei der Entstehung der Beschwerden der Patientin mitgewirkt hat, kann, wie in dem Gutachten ausgeführt ist, nur eine antisyphilitische Behandlung bringen, über deren Durchführung und ev. Resultat mir nichts bekannt geworden ist.

2. Auf Ersuchen des Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung für den Regierungsbezirk G. verfehle ich nicht, in der Unfallsache N. das von mir erforderte Gutachten zu erstatten.

Vorgeschichte.

Der jetzt 61jährige Waldarbeiter N., der, soweit die Akten ergeben, bis dahin völlig arbeitsfähig war, erlitt am 26 Juni 1903 einen Unfall dadurch, daß ihm beim Baumsägen im Wald ein 10 cm starker Kieferast auf den Kopf fiel. Er trug eine „Kontusion der Wirbelsäule, eine mäßige Gehirnerschütterung, Hautabschürfungen auf dem Kopf und dem linken Schienbein und Verletzungen des linken oberen und unteren Lides“ davon.

N. selbst behauptete später, bewußtlos gewesen zu sein. Ein Zeuge, der den N. unmittelbar nach dem Unfall gesehen hate, erklärte aber, daß N. zwar den Eindruck eines schwerkranken Menschen machte, aber nicht bewußtlos war. Einen Transport von der Wohnung in ein Lazarett erklärte der Arzt anfangs für bedenklich. N. befand sich in Behandlung des Herrn Dr. W. Am 24. April 03 wurde er aus derselben entlassen; irgendwelche nachweisbaren Unfallsfolgen bestanden damals, nach Angabe des Dr. W. nicht.

Am 15. Mai berichtet der Oberförster zu L., daß N. noch immer behaupte, infolge des Unfalls Schmerzen im Kopf und Kreuz zu haben und gänzlich arbeitsunfähig zu sein. Der Eindruck, den seine Person hervorrufe, lasse diese Angaben glaubhaft erscheinen.

Am 10. Oktober 1903 erstattete Herr Dr. W. ein ausführliches Gutachten auf Grund einer Untersuchung im Juli desselben Jahres. N. gab an, seit dem Unfall an dauernden Kopfschmerzen, Schwindelanfällen, Schmerzen und Schwäche im Kreuz und in dem Extremitäten zu leiden; er vermöge nur im Sitzen leichte Arbeiten zu verrichten.

Außer den Zeichen eines chronischen Rheumatismus in beiden Schultergelenken und den Erscheinungen einer alten Syphilis, (Sattelnase, Perforation des harten Gaumens) fand sich kein objektiv nachweisbarer Befund, speziell keine Reste der Verletzung.

Dr. W. gab noch an, daß ihm bekannt geworden sei, daß N. seit langem ein Nörgler und Aufwiegler unter den Mitarbeitern sei, und deswegen wiederholt aus dem Forstdienst entlassen worden sei; auch auf ihn habe N. bei der Untersuchung den Eindruck eines Querulanten gemacht. Trotzdem halte er zwar die Beschwerden des N. für glaubhaft, allein ihre wahre Ursache sei die Syphilis, die wahrscheinlich zu irgend einem Prozeß im Gehirn geführt habe, wie es bekannt sei, daß die echte Gehirnsyphilis sich erst in den späteren Stadien der Syphilis entwickele. Deswegen gebe er sein Gutachten dahin ab, daß der Unfall des N., obwohl er ein schwerer war, die Erwerbsbeschränkung nicht hervorgerufen habe, vielmehr sei deren Hauptursache die syphilitische Erkrankung.

Demgegenüber bescheinigte Herr Dr. We. in G. am 11. Juli 1903 auf Grund wiederholter Untersuchung, daß N. durch den Unfall einen Bruch der Schädelbasis erlitten habe. Die bestehende Sprachstörung, die herabgesetzte Hörfähigkeit, das Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen beweise eine chronische, fortschreitende irreparable Erkrankung des Zentralnervensystems, die durch den Unfall hervorgerufen sei.

Am 20. Januar 1904 wurde N. von dem Kreisarzt Dr. Wi. untersucht; von Erscheinungen werden neuerwähnt: eiteriger, stinkender Ausfluß aus Nase und Ohren; der Gang war schwerfällig, etwas schwankend. Kein Schwanken beim Bücken, kein Romberg, Kniereflexe erhalten.

Dr. Wi. wirft die Frage auf, ob die bestehende Syphilis durch den Unfall verschlimmert sei, da N. auf der einen Seite bis zum Unfall mit der Syphilis habe arbeiten können und jetzt seit dem Unfall völlig arbeitsunfähig erscheine, und andererseits Unfallfolgen vom ersten Arzt nicht angenommen worden seien. Dr. Wi. verneint aber diese Frage und erklärt speziell den Schwindel des N. durch die syphilitische Ohrerkrankung. Der Behauptung des Dr. We., daß eine Schädelbasisfraktur vorgelegen habe, fehle jeder Beweis. Die jetzigen krankhaften Erscheinungen bei N. beruhten höchst wahrscheinlich auf Syphilis, dem Unfall komme keine ursächliche Bedeutung für die Entstehung des Leidens zu. — Der Unfallrentenanspruch des N. wurde daraufhin abgelehnt.

Hierbei sei erwähnt, daß inzwischen N. Invalidenrente erhalten hatte und zwar wegen „Arteriosklerose und Alterschwäche".

Das Schiedsgericht veranlaßte N.s Untersuchung in der psychiatrischen Klinik zu Königsberg.

Zum Schluß füge ich an, daß der Ortsvorstand N.s auf eine Anfrage der Klinik mitteilte, daß N. vor dem Unfall völlig arbeitsfähig gewesen sei. „Gesicht und Sprache seien vor dem Unfall dieselben wie heute gewesen."

Eigene Beobachtung:

N. befand sich von 5. bis 18. Mai 1905 in der psychiatrischen Klinik zu Königsberg.

Die mehrfach vorgenommene körperliche Untersuchung hatte folgendes Ergebnis:

Sehr mäßiger Ernährungszustand, Muskulatur schwach. Im Gesicht unter dem rechten Auge eine kleine, aber tiefe Narbe; quer über der Nasenwurzel, die ziemlich tief eingesunken ist (Sattelnase) ebenfalls eine kleine Narbe. In der Scham- und beiden Leistengegenden eigentümliche Verfärbungen (Pigmentierungen) der Haut; in der linken Leistengegend eine kleine Narbe. Auf der Haut der Eichel eine kleine braune Stelle. Unter dem linken inneren Knöchel auch eine tiefe, kleine narbige Einziehung der Haut. — Lebhaftes vasomotorisches Nachröten und deutliche mechanische Muskelerregbarkeit.

Beklopfen des Kopfes ist nicht schmerzhaft. Die Pupillenreaktionen wie Augenbewegungen frei. Augenhintergrund ohne wesentliche Veränderungen. Die linke Nasenlippenfalte ist flacher als die rechte. Die Bewegungen der Gesichtsmuskeln sind links bedeutend schwächer als rechts. Die Zunge weicht nach rechts ab, zittert stark. Es besteht ein sehr unangenehmer Geruch aus dem Munde. Im harten Gaumen dicht unter den Schneidezähnen ein fünfpfennigstückgroße vernarbte Perforation. Das Gaumensegel fehlt fast völlig; an den Resten Narben. Beim Schlucken von Flüssigkeiten dringen dieselben in die Nase. Die Untersuchung der Nase und Ohren in der Ohrenklinik von Professor Gerber ergibt: Nase weit, atrophisch, mit grünen festanhaftenden Borken austapeziert; anscheinend ein Loch in der knöchernen Nasenscheidenwand. Linker Gehörgang mit dick rahmigem Eiter ausgefüllt, im Trommelfell, das gerötet und etwas retrahiert ist, eine stecknadelgroße Perforation. Keine Labyrintherkrankung nachweisbar.

Am Herzen keine Geräusche. Puls in der Ruhe 40—44, mäßig voll, zuweilen aussetzend oder unregelmäßig werdend. Nach mehrmaligem Gehen 72—76, unregelmäßig

Nach Bücken klein, unregelmäßig. 64—68. Radialis hart und geschlängelt. Bauchorgane ohne Störung. Urin ist frei von Eiweiß und Zucker, auch nach Genuß von 100 g Traubenzucker. Die Motilität ungestört. Die grobe Kraft ist leidlich gut. Es besteht geringer Tremor der Hände. Die Haltung ist vornübergebeugt, der Gang ist breit, etwas steif, wenig schwankend, auch nicht beim Wenden.

Beim Stehen Zittern des Körpers, das sich bei Augenschluß vermehrt, dabei kein eigentliches Schwanken. Der Gefühlssinn zeigt, bis auf eine gewisse Überempfindlichkeit für Nadelstiche, keine Störung. Die Sehnen- und Hautreflexe (die Achillessehnenreflexe) sind vorhanden, die Kniephänomene sind gesteigert. Die Sprache, bei der N. nur die rechte Gesichtshälfte bewegt, ist sehr nasal, undeutlich, rauh; keine eigentliche Artikulationsstörung.

Beim Bücken tritt kein Schwindel ein.

Psychisch: Geordnetes Verhalten, im ganzen orientiert.

6. Mai 1905. Auf Befragen gibt N. zu, er habe früher $^1/_4$ l Schnaps getrunken, zuweilen mehr. Vor 15 Jahren etwa sei er angesteckt. Behandelt sei er nicht, er sei ja auch bis zu dem Unfall völlig arbeitsfähig gewesen. Seit dem Unfall leide er an Kopfschmerzen, allgemeiner Schwäche und vor allem an Schwindel, in dem er bewußtlos umfalle. Von Krämpfen wisse er nichts. N. erzählt alles in sehr wehleidigem, jammerndem Tone. Er macht einen schwachsinnigen Eindruck, erscheint stumpf, faßt schwer auf Sein Aussehen hat etwas Greisenhaftes.

Während der ganzen Beobachtung klägliches, weinerliches Wesen, sehr stumpf. Auf Befragen klagt er über Schwindel, doch ist ein Schwindelanfall nicht beobachtet.

Gutachten.

Im Januar 1903 hat N. einen nicht unerheblichen Unfall beim Holzfällen erlitten, als dessen unmittelbare Folgen uns vor allem eine Kontusion der Wirbelsäule und eine mäßige Gehirnerschütterung angegeben werden. Woraus letztere erschlossen ist, ist leider nicht ersichtlich. Seit diesem Unfall hat N. nicht mehr gearbeitet und erschien tatsächlich, wie auch die Erteilung der Invalidenrente erkennen läßt, als zum mindesten größtenteils arbeitsunfähig.

Während N. selbst jedoch den Verlust seiner Arbeitsfähigkeit auf den Unfall zurückführte, sahen zwei seiner ärztlichen Begutachter den Grund für dieselbe in einer syphilitischen Erkrankung, ein dritter — Dr. We. — in dem Unfall, indem er eine Schädelbasisfraktur als Folge desselben annahm.

Welches ist nun das Ergebnis der klinischen Untersuchung?

Es ist einmal hervorzuheben, daß dieselbe ebensowenig wie der Inhalt der früheren ärztlichen Atteste Anhaltspunkte für das Vorliegen einer Basisfraktur erbracht hat, daß zurzeit jedenfalls keine Erscheinungen, die für Annahme einer solchen sprechen, vorliegen.

In Übereinstimmung mit Dr. W. und Dr. Wi. finden wir bei N. einmal ausgesprochene Zeichen einer syphilitischen Erkrankung und zwar solche, die wir als tertiär-syphilitische erfahrungsgemäß kennen. Es sind das die ausgedehnte Zerstörung am weichen

Gaumen, das Loch im harten Gaumen und der Nasenscheidewand wie die zur Sattelnase führende Erkrankung der Nase überhaupt, dazu wahrscheinlich syphilitische Narben im Gesicht und an mehreren Körperstellen.

Die Erkrankung des Ohres als syphilitische anzusprechen, wie Dr. Wi. es tut, dafür liegen nach Ansicht von Professor Gerber keine Anhaltspunkte vor. Endlich ist hervorzuheben die starke Arteriosklerose an der Pulsader, die in dem Alter, in dem N. steht, sowieso oft auftritt, die aber erfahrungsgemäß durch syphilitische Infektion in ihrer Entstehung sehr wesentlich gefördert werden kann.

N. klagt nun zurzeit über allgemeine Schwäche, Kopfschmerzen und vor allem Schwindel. Er macht einen weinerlichen, dabei stumpfen Eindruck. Die Grundlage seiner Beschwerden könnte einmal eine Hirnsyphilis abgeben.

Von ausgesprochenen Hirnerscheinungen, speziell Hirnnervenlähmungen und den bis zu einem gewissen Grade charakteristischen geistigen Störungen (eigenartig wechselnder Benommenheit, einer Art Halbträumen etc.), die mit einiger Bestimmtheit auf Hirnsyphilis schließen ließen, finden wir nichts. Wir sehen nur eine Schwäche im unteren Ast des linken Gesichtsnerven und in der Innervation der Zungenmuskulatur, Erscheinungen, denen aber allein keine allzu große Bedeutung zukommt; es fehlt das oft für Hirnsyphilis bezeichnende Schwanken der gesamten Erscheinungen.

Trotzdem könnten der Schwindel, die Kopfschmerzen usw. bei N. auf die Reste einer abgelaufenen syphilitischen Hirnerkrankung bezogen werden. Daß eine jetzt in voller Entwicklung stehende Hirnsyphilis, die übrigens weit häufiger in den ersten Jahren nach der Ansteckung, also nicht im dritten Stadium der Syphilis auftritt, hier nicht vorliegt, ist deshalb wichtig zu betonen, weil bei Syphilitischen erfahrungsgemäß eine Kopfverletzung zur Festsetzung der Syphilis im Gehirn und somit zur Hirnsyphilis führen kann. Wir hören aber bei N. weder bald nach dem Unfall von Zeichen frischer — um den Ausdruck zu gebrauchen — Hirnsyphilis, noch sehen wir jetzt solche; es könnten höchstens Reste einer vor dem Unfall bestandenen syphilitischen Hirnerkrankung sein. Diese vermöchten in Gestalt von Gefäßerkrankungen, Verdickungen an den Hirnhäuten etc. sehr wohl Kopfschmerzen und Schwindel hervorzurufen. Dazu kommt die erwähnte Arteriosklerose, welche, wenn sie an der Pulsader zu konstatieren ist, oft am gesamten Gefäßsystem, somit auch an dem des Gehirns, sich findet; deren Folgen von seiten des Gehirns vorzüglich wieder Schwindel und Kopfschmerzen sind.

Bedenken wir endlich, daß im dritten Stadium der Syphilis oft neben lokalen Erscheinungen auch schwerer allgemeiner Kräfteverfall sich einstellt, so stehen uns zur Erklärung der Hauptbeschwerden N.s, der Kopfschmerzen, des Schwindels und der allgemeinen Schwäche, schon mehr wie genug greifbare Schädigungen zu Gebote, die mit dem Unfall keinerlei Zusammenhang haben. Aber — den Einwand müssen wir uns machen —, wie kommt es, daß N. vor dem Unfall völlig arbeitsfähig erschien, nach demselben überhaupt nicht mehr gearbeitet hat und tatsächlich zum mindesten um mehr als $^{2}/_{3}$ in seiner Erwerbsfähigkeit jetzt beeinträchtigt erscheint?

Warum haben die von uns eben erörterten Schädigungen, die Syphilis und Arteriosklerose, die ja ohne Zweifel schon vor dem Unfall speziell zur Zeit desselben vorhanden waren, erst nach demselben N.s Arbeitsfähigkeit herabgesetzt?

Einmal könnte man annehmen, es hätte sich zu ihnen noch eine weitere Störung, etwa in Form einer traumatischen Neurose, hinzugesellt; doch liegen keine Momente vor, die uns gestatteten, über die bloße Möglichkeit einer solchen Annahme hinauszugehen.

Etwas näher liegt schon eine andere Erklärung. Man vermag sich wohl vorzustellen, daß durch den nicht geringfügigen Unfall eine gewisse Schwäche des Nervensystems der Art bedingt ist, daß N. nun die schon vorher vorhandenen, aber nicht weiter beachteten Störungen erst gleichsam zum Bewußtsein gekommen sind und sich geltend gemacht haben, sodaß insofern der Unfall doch die Ursache der Erwerbsbeschränkung Ns wäre. Ein derartiger Zusammenhang ist, wie gesagt, denkbar, aber als ebenso wahrscheinlich muß die Annahme bezeichnet werden, daß in dem Zeitraum, in dem der Unfall sich ereignete, die Folgeerscheinungen der Syphilis und Arteriosklerose bei N., der an der Schwelle des Greisenalters damals schon stand, ohne Zutun äußerer Einwirkungen in ihrer Entwicklung einen solchen Grad erreicht haben, daß sie N. invalide machten, ein Vorkommnis, das gerade bei Arteriosklerose nichts seltenes ist. Nach alledem vermögen wir über die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfall, welchen N. im Januar 1903 erlitten hat, und den jetzt bei ihm bestehenden Beschwerden, die ihn um mehr als $^{2}/_{3}$ in seiner Erwerbsfähigkeit beschränken, nicht hinauszugehen.

Ich fasse mein Gutachten dahin zusammen:

Die bei N. zurzeit bestehenden und seine Arbeitsfähigkeit um mehr als $^{2}/_{3}$ beschränkenden Beschwerden finden ihre ausreichende Erklärung durch die bei ihm vorhandene Syphilis dritten Grades, sowie die Arteriosklerose. Der Nachweis, daß der von N. am 26. Januar 1903 erlittene Unfall als Ursache dieser Beschwerden auch nur mit Wahrscheinlichkeit anzusehen sei, läßt sich nicht erbringen.

Dieser Kranke bietet nach einem Unfall, der auch den Kopf betroffen hat, eine Reihe von Beschwerden, die in Schwindel, Kopfschmerzen und allgemeiner Schwäche gipfeln, sowie ausgesprochene Zeichen einer tertiären Syphilis dar. Die verschiedenen Beziehungen, die zwischen der syphilitischen Infektion und dem Trauma hier erwogen werden mußten, sind in dem Gutachten eingehend erörtert.

Ich will noch einmal darauf verweisen, daß, wenn auch die Lues cerebrospinalis in einem großen Teil der Fälle in dem ersten Jahre nach der Infektion zur Beobachtung kommt, natürlich durch die Einwirkung eines Traumas auf den Kopf, eine solche Erkrankung auch später zur Entwicklung kommen kann. Jedoch vermißten wir zurzeit jede Zeichen einer syphilitischen Hirnerkrankung, es fehlten uns auch sichere Anhaltspunkte dafür, daß der Kranke nach dem Unfall eine solche durchgemacht hatte. Man könnte ferner daran denken, daß infolge des Unfalls erst die schon vorhandenen Störungen gewissermaßen zur Perzeption gekommen seien, daß erst durch die dadurch bedingte allgemeine Schwächung des Nervensystems die Schwäche, der Schwindel usw. sich störend bemerkbar gemacht hätten, wie wir das zuweilen anzunehmen berechtigt sind. Endlich konnte auch eine Neurose nach Trauma neben der tertiären Syphilis vorliegen. Aber das sind immer nur Möglichkeiten, nichts mehr, denn wenn auch der Kranke vor dem Unfall völlig arbeitsfähig gewesen sein soll, so ist das ja bekanntlich eine sehr schwer klarzustellende Angabe. Da nun der allgemeine Kräfteverfall bei tertiärer Syphilis, die starke Arteriosklerose sowie das beginnende Senium überreichlich die vorhandenen Beschwerden zu erklären vermögen, so wird man einen ursächlichen Zusammenhang zwischen letzteren und dem Trauma nicht anzunehmen berechtigt sein.

Beide Fälle zeigen somit, wie mannigfache Möglichkeiten bei der Unfallbegutachtung Syphilitischer in Betracht zu ziehen sind.

Der serodiagnostische Nachweis von Menschenblut vor Gericht.

Von
Dr. C. Strauch,
Privatdozent und Gerichtsarzt in Berlin.

(Vortrag, gehalten in der Sektion für gerichtliche Medizin der 77. Naturforscherversammlung zu Meran.)

Meine Herren, wenn ich heute hier auf dieser Versammlung mir erlaube, zu dem biologischen Nachweis von Menschenblut das Wort zu ergreifen, so liegt es mir fern, auf die wissenschaftliche Entwicklung, auf die Bedeutung und die Methode des Verfahrens näher einzugehen. Darüber sind Sie durch die zahllosen Veröffentlichungen aus berufenster Feder voll und ganz unterrichtet; ich will auch nicht neuere kasuistische Beiträge bringen, denn dadurch würde ich Ihnen in der Richtung

nichts wesentlich Neues und Wertvolles vorführen können. Das, m. H., was mich veranlaßt, heute hier in bezug auf dieses Gebiet zu sprechen, liegt rein auf dem Gebiete der praktischen Verwertung dieses wissenschaftlich so hoch bedeutsamen Nachweises vor Gericht.

Bei der praktischen Verwertung des neuen Blutnachweises in foro ist mir nämlich etwas aufgefallen, solange Gutachten in der Richtung in den Gerichtssälen abgegeben werden, das mich stutzig macht, und — ich kann wohl sagen — mich etwas betrübt und verstimmt.

Sie alle wissen, daß der Wert dieses biologischen Verfahrens darin beruht, daß man mit seiner Hilfe in den Stand gesetzt ist, eine vorgefundene Blutspur auf ihre Herkunft zu erkennen, derart, daß man mit großer Sicherheit heute zu sagen vermag, diese Blutspur rührt von der und der Tierspezies her. Man kann, wie Sie alle wissen, durch das Verfahren tatsächlich richtig erkennen: diese Blutspur rührt vom Hunde, diese vom Ochsen, diese vom Hammel, Huhn, Reh usw. her. Einzig und allein beim Blut nah verwandter Tiere und vor allem dem Blut, welches uns als Gerichtsärzte am meisten interessiert, vermag das Verfahren nicht mit einer so absoluten Sicherheit zu arbeiten, wie es erwünscht wäre, nämlich beim Blut des Menschen. Alle die Zeichen, die die Probe als positiv erscheinen lassen, d. h. die Trübung der Lösung, die Flockenbildung und der Niederschlag derselben, all dieses tritt, wenn eine Menschenblutspur vorhanden ist, mit dem betr. Menschenblutkaninchenserum allerdings prompt ein, aber es gibt Blut noch einer anderen Tierspezies, welche ebenfalls mit Menschenblutkaninchenserum dieselben Erscheinungen darbietet, wie Sie aus den Arbeiten von Nuttal, von Friedenthal, Wassermann, Uhlenhuth, Stern und von vielen anderen her wissen, nämlich das Blut vom Affen.

Alles wenigstens, was bisher über die verschiedene Reaktion von Menschenblut und Affenblut gefunden ist, langt bekanntlich noch nicht hin. Sie soll etwas später, oder ein ganz klein wenig geringer und schwächer eintreten, es sollen die Affen der neuen Welt schlechter reagieren als die der alten Welt usw. Meine eignen Untersuchungen, die ich noch als Assistent im Straßmannschen Institut anstellte mit dem Blut eines Orangweibchens, ergaben im Gegensatz hierzu, daß die Reaktion nicht nur stärker, sondern auch früher als beim Menschenblut eintrat. Also rein wissenschaftlich können wir nur sagen, wir haben in dem neuen biologischen Verfahren eine Methode, nicht, wie es leider in den Erlassen des Justizministers von Preußen, Württemberg und Baden heißt: „die Menschenblut mit Sicherheit von Tierblut unterscheidet", sondern eine Methode, die Menschenblut mit Sicherheit von Tierblut mit Ausnahme von Affenblut zu unterscheiden vermag."

Ja, meine Herren, dieser Umstand ist es, den ich noch nicht bei Abgabe des Gutachtens genügend hervorgehoben sehe und auf den ich doch stets in foro hinzuweisen bitte — nicht nur aus vielleicht seltener praktisch wichtigen Gründen, als vielmehr vom Standpunkt wissenschaftlicher Wahrheit aus. Sie werden nun alle sagen, „das ist ja nichts Neues, was uns Herr Strauch da mitteilt, es ist uns ja bekannt, daß die Probe das Blut sehr nah verwandter Tiere noch nicht sicher zu unterscheiden vermag: Uhlenhuth und die anderen Forscher haben uns ja wiederholt gezeigt, daß Blut von Huhn und Perlhuhn, Hund und Fuchs, Pferd und Esel, Mensch und Affe die gleiche Reaktion geben. Aber für die Begutachtung einer Blutspur in foro bei uns hier in Europa hat das ja doch wirklich gar keinen Wert und Zweck, und es verwirrt sogar vielleicht, so genau und wörtlich sich auszudrücken. Bei uns kommen doch wohl Affen ernstlich nicht in Frage." Ja, Sie alle, meine Herren, wissen ja, davon bin ich überzeugt, daß, wenn hier diese Hose mittelst des neuen Verfahrens untersucht, und Ihnen im Gutachten gesagt wird: Die Flecke rühren von Menschenblut her — daß sie dann alle im stillen sich sagen, nun ja, Menschenblut oder Affenblut. Und da es Ihnen so sehr fern liegt, daß auf dieser Hose ein Affe Blut vergossen haben soll, so genügt Ihnen und manchem Richter in Kürze das Gutachten, „es ist Menschenblut gefunden". Ja aber, meine Herren, ich halte es doch für sehr bedenklich, im Gerichtssaale in ähnlicher Weise zu verfahren.

Wir hier alle, die wir jetzt in Meran versammelt sind, Naturforscher und Ärzte, wir kennen diese Schwäche, wenn ich so sagen kann, dieses neuen hochinteressanten biologischen Blutnachweises. Aber die Richter, die Geschworenen, das Volk usw. verlangen von Ihnen, soweit der Mensch dies überhaupt vermag, absolut wissenschaftliche Wahrheit und nicht Gutachten, die unvollkommen und subjektiv gekürzt sind, aus der Idee des Sachverständigen heraus, daß von dieser andren etwas fern liegenden Möglichkeit, daß hier Affenblut vorläge, ja doch eigentlich im Ernst gar nicht die Rede sein kann.

Gerade in der gerichtlichen Praxis kommen doch die allerunglaublichsten und merkwürdigsten Dinge vor, die größten Seltenheiten in naturwissenschaftlicher Hinsicht treten oft in Prozessen in bestimmender Weise zutage und der ärztliche Sachverständige muß in anatomischer und chemischer, auch in klinischer Hinsicht durchaus mit ihnen rechnen. Ich erinnere hier nur daran, wie oft es sich nachträglich herausstellte, daß ein Mörder oder ein Selbstmörder linkshändig ist, wie man Fälle kennt, wo ein Schuß in der Herzgegend nicht tötete, da der Verletzte eine Dextrokardie hatte, wie andererseits die Verletzung der rechten Niere alsbald tötete, weil dem Verletzten vor Jahren die linke Niere operativ entfernt worden war.

Aber meine Herren, liegt denn in der Tat die Möglichkeit so fern, daß eine Blutspur, die wir vorfinden, von einem Affen herrührt? Meiner Meinung nach nein und abermals nein.

Gewiß, Affen kommen außer auf dem Felsen von Gibraltar in Europa „wild" nicht vor und gezähmt unter die eigentlichen Haustiere rechnen wir ja einen Affen hier gewöhnlich auch nicht.

In früheren Jahrzehnten, wo der ganze Verkehr nicht ein so leichter war, der Handel nach außereuropäischen Ländern nicht ein so umfangreicher, mögen ja Affen eigentlich nur in Menagerien und Affentheatern in geringer Zahl zu finden gewesen sein. Meerkatzen und die gewöhnlichen Makaken sah man wohl auch sonst hie und da bei den umherziehenden Italienern und Slowakenknaben. — Die ersten großen Anthropoidenaffen kamen erst in den 40er und 50er Jahren als ganz besondere Naturwunder lebend nach Europa, der erste lebende Gorilla erst, soweit ich unterrichtet bin, im Jahre 1881. Heutzutage ist auch in diesen Dingen ein Wandel zu verzeichnen: Handel und Verkehr ist erleichtert, wickelt sich schneller und billiger ab; Urwälder Afrikas sind erschlossen, Tierimportgeschäfte von größtem Umfange sind entstanden, es wird mehr durch Schaustellungen für Volksbildung und Aufklärung getan. Jede irgendwie wohlhabende und größere Stadt hat jetzt ihren ständigen Zoologischen Garten, in dem vor allem das Affenhaus ganz besonders gut und reich bevölkert sein muß, da gerade seinen Insassen von den breiten Schichten des Volkes meist ein größeres Interesse entgegengebracht wird, wie anderen mehr ruhigeren und stilleren, aber selteneren Tieren. Dieses Interesse, das gerade den Affen vom Volk entgegengebracht wird, ist auch der Grund, weshalb in den Aquarien z. B., wo doch nur außer den niederen Tieren, Fische, Amphibien, Reptilien gehalten zu werden pflegen, von den Säugetieren meist nur Affen zu sehen sind. Ja, die Verbreitung der Affen geht noch weiter; die vielen kleinen Vogelhandlungen, die sich nicht nur in den Hafenstädten, sondern im Innern des Landes fast in jeder Stadt finden, haben jede

für sich mindestens drei bis vier Affen per Jahr zum Verkauf. — Jedes Kriegsschiff, jedes Handelsschiff, welches aus Gegenden kommt, in denen es Affen gibt, bringt mehrere Exemplare derselben mit, und zwar sind es meistens die Leute der Besatzung, Matrosen, die für ein Geringes diese Tiere in den fernen Häfen erwerben, sich durch die Lustigkeit derselben die Zeit während der Überfahrt vertreiben lassen und sie in der Heimat ihren Angehörigen schenken oder verkaufen. — Wenn man den Inseratenteil der Zeitungen verfolgt, kann man unter „Tiermarkt“ allwöchentlich mindestens einen bis zwei Affen zum Kauf angeboten lesen.

In so manchen öffentlichen Volks- und Biergärten, in denen sonst absolut keine Tiere in Käfigen zu sehen sind, werden oft neben einem Reh ein oder mehrere Äffchen angekettet zum Vergnügen der Jugend gehalten.

Auch heute ziehen die kleinen italienischen Drehorgelspieler in ganz Europa mit ihrer Meerkatze unter der Jacke umher.

Mancher Fürst und Magnat hat außer einem Bärenzwinger — auch ein Affenhaus.

Gelehrte bedürfen jetzt oft und viel lebender Affen, ich erinnere nur an die Syphilisübertragungsstudien der Dermatologen.

Dies, meine Herren, habe ich mir erlaubt, hier etwas ausführlich anzuführen, um ein Streiflicht zu werfen über das verbreitete Vorkommen der Affen, besonders in den größeren Städten in Europa und die innige Gemeinschaft, in der sie mit den Menschen leben. — Aber ich würde nicht gewagt haben, nur mit diesen allgemeinen Angaben hier vor Sie zu treten und dieselben zur Grundlage weiterer Ausführungen zu machen. — Ich habe mich auch bemüht, nach Möglichkeit zahlenmäßige Daten herbeizuschaffen. Es war dies nicht so leicht, wie es mir im Anfang schien. Mein erster Gedanke war, mich an die Zollbehörden zu wenden; ich dachte, hier erfährst du am sichersten die Zahl der eingeführten Affen. Leider wurde mir aber an der zuständigen Stelle in Hamburg und Berlin bedeutet, daß der Import derartiger Tiere zollfrei sei. Ich wandte mich deshalb an das bekannte, mir persönlich befreundete und wohl größte Tierimporthaus in Europa Karl Hagenbeck in Stellingen bei Hamburg. Dasselbe steht, wie ja gewöhnlich bei so großen Häusern, in reger Verbindung mit den Importgeschäften benachbarter Staaten und erschien mir daher durchaus kompetent. — Die Auskunft, die ich dort erhielt, halte ich für glaubhaft und zuverlässig und ich will hervorheben, daß man mir sagte, daß die angegebenen Zahlen die Minimalzahlen seien und sich nur auf den gewerbsmäßigen Import der Affen beziehen. Danach beträgt der Import gewöhnlicher Affen in Hamburg und den übrigen für Deutschland in Betracht kommenden Häfen ungefähr 500 bis 600 im Jahre. In England 600 bis 800 im Jahre, in Triest 300 bis 400, in französischen und belgischen Häfen 400 bis 500. Diese Zahlen würden also einen jährlichen gewerbsmäßigen Import von gewöhnlichen Affen in Europa darstellen von 1800 bis 2300 Stück im Jahre. Von den Antropoidenaffen, also Chimpansen und Orangs, dürften nach den Hagenbeckschen Angaben im ganzen in sämtlichen Häfen ca. 30 bis 40 Stück ankommen. Man greift demnach m. E. nicht zu hoch, wenn man den gesamten Import (diesen gewerbsmäßigen und jenen sich Tag für Tag privatim vollziehenden) auf ungefähr 5000 Affen im Jahre veranschlagt. — Dieser Bedarf an Affen reicht aber nicht lange Zeit. Bei der hohen Morbidität und Mortalität jener empfindlichen Tiere können wir sicher jedes Jahr rechnen, daß 2500 bis 3000 Affenleichen in Europa vorkommen.

Wo bleiben diese nun alle? Diese Frage muß man sich vorlegen.

Nun, die meisten Antropoidenaffen und die Affen aus dem Zoologischen Garten der größten, besonders der Universitätsstädte gelangen in die Museen und die wissenschaftlichen Institute; sie werden anatomisch, pathologisch-anatomisch, bakteriologisch, anthropologisch untersucht konserviert und ausgestopft. — Aber all die kleinen anderen Affen von den Schaubudenbesitzern, den umherziehenden Menagerien, den Affentheatern, den italienischen Drehorgelspielern, den vielen Privatbesitzern usw., all diese Affen, wenn sie sterben, werden keiner so sorgfältigen und liebevollen Beachtung gewürdigt, sondern da, wo sie sterben, verscharrt, weggeworfen oder vernichtet. Vielfach werden sie abgehäutet, und es ziehen dann diese betreffenden Personen, meist die kleinen Drehorgelspieler, die Diener der Menagerie, die Kinder mit dem Balg umher, bieten ihn zum Kauf an und, weil dieser meist nicht sachgemäß abgezogen ist, werden sie abgewiesen, und aus Ärger hierüber werfen sie das Fell weg und entledigen sich der übrigen Tierreste schnell in irgendeiner beliebigen Weise.

Aber auch in dieser Richtung habe ich versucht, eine exaktere Grundlage zu gewinnen, wenigstens für uns in Berlin; hier ist ja die Möglichkeit, einen solchen Tierkadaver vollkommen und gänzlich beiseite zu schaffen, nicht so leicht und einfach.

Das am meisten sachgemäße und richtigste wäre in solchem großen Gemeinwesen, wenn die betreffenden Personen die Leichen jener Tiere der Abdeckerei überwiesen. Wenn sie dies tun würden, würde die Möglichkeit, daß bei vorgefundenen Blutspuren Affenblut in Frage kommen könne, eine geringere sein. Ich suchte deshalb die fiskalische Abdeckerei von Berlin auf und hat mir der Pächter derselben, Herr Willbrandt, in liebenswürdigster Weise Auskunft erteilt. Seit 22 Jahren leitet er die Abdeckerei, und wird jede Tierleiche, die dort vernichtet wird, sorgfältig gebucht. In den ganzen langen 22 Jahren sind nach seiner Angabe höchstens drei bis vier Affenleichen der Abdeckerei überwiesen und vernichtet worden. Seiner Ansicht nach würden die meisten Affenleichen abgehäutet, in die Flußläufe geworfen oder von den Besitzern, meist auch von den Kindern der Besitzer, in Papier, Kisten oder Korb gepackt und an die Peripherie der Stadt, in die Laubenkolonien, Gärten usw. gebracht und verscharrt.

In ähnlicher Weise erhielt ich auf der zweiten für Berlin in Betracht kommenden Abdeckerei in Britz bei Rixdorf Auskunft. Der dortige Pächter, Herr Zettritz, der 23 Jahre jene Abdeckerei unter sich hat, ist ebenfalls der Meinung, daß die toten Affen gewöhnlich auf Schuttplätzen, in Müllkästen oder in Flußläufe geworfen würden. Er selbst hat wenigstens unter der gewaltigen Menge der in seiner Abdeckerei vernichteten Tiere in den ganzen Jahren nur eine einzige Affenleiche beobachtet.

Die mir bekannten Präparatoren und Ausstopfer an den Museen und den Lehrmittelhandlungen versicherten mir, daß ein Affe der hohen Kosten wegen sehr selten ausgestopft würde, und daß es sich dann meist um edlere Affen handele von wohlhabenden Privatbesitzern.

Über den Verbleib aber der sonstigen Affen, der gewöhnlichen Meerkatzen und Makaken, der Affen der kleinen Theater, Drehorgelspieler, Vogelhändler und Privatleute konnte mir keiner aus seiner Erfahrung heraus irgendwelchen sicheren Aufschluß geben.

Meine Herren, halten sie es nicht doch nach diesen Ausführungen über die Verbreitung der Affen bei uns und diesen Erhebungen über den schließlichen Verbleib der Tiere für notwendig, daß wir bei der Untersuchung einer Blutspur stets ernster die Möglichkeit in Betracht ziehen, daß Affenblut vorliegen kann?

Nach meinen Untersuchungen ist jedenfalls eine Affenblutspur eher in den Kreis unserer Erwägungen zu ziehen, als Blut von Tieren, die zwar bei uns in Europa heimisch sind, wild vorkommen, aber doch lange nicht so häufig in die menschlichen Wohnstätten hineingelangen und so innig mit den Menschen in Berührung kommen. Ich denke hierbei an das seltenere Wild, das es bei uns gibt, wie Luchs, Wildkatze,

Dachs, Trappe, Kranich, ferner an Tiere wie den Marder, Iltis, Hamster, Igel usw.

Meine Herren, ich meine natürlich nicht, wenn Sie das blutbefleckte Messer eines Raufboldes in einer Großstadt auf das Vorhandensein von Menschenblut zu untersuchen haben, und derselbe hat vor dem Untersuchungsrichter das Blut herrührend erklärt davon, daß er ein Kaninchen geschlachtet und zerlegt habe, daß der Untersuchungsrichter oder Sie dann in Ihrem Innern im Ernst mit der Möglichkeit rechnen sollten, es könnte auch Affenblut sein. So etwas werde ich natürlich nicht meinen. Denn wenn der Angeschuldigte eben das Messer mit Affenblut in Verbindung gebracht hätte, dann würde er dieses ja wohl auch erwähnen. — Oder, wenn bei einem des Kindsmords verdächtigen Dienstmädchen eine blutbefleckte Schürze zu untersuchen ist, und dieselbe einmal angibt, sie habe sich in den Finger geschnitten, oder Nasenbluten gehabt, oder sie habe einen Hasen abgezogen und davon rühre das Blut her, dann meine ich natürlich auch nicht, daß Sie ernstlich in solchem Falle an die Besudelung mit Affenblut denken sollen. — Aber ganz anders ist es doch, meine Herren, wenn es sich um herrenlose, blutbefleckte Gegenstände handelt, die man irgendwo findet, die ihrer Form nach und aus allerlei anderen äußeren Gründen mit einer Bluttat und dem Angeschuldigten in Verbindung gebracht werden, z. B., man findet an der Peripherie einer größeren Stadt in einer Laubenkolonie blutiges Zeitungspapier nahe der Laube eines Angeschuldigten, oder in einem nahen Wäldchen einen Pappkarton, oder in einem Flußlauf eine Kiste oder einen Korb, an dem sich Blutspuren finden und der im Verdacht steht, in irgendeiner Weise mit einer Bluttat in Verbindung zu stehen; in solchem Falle, wo es sich also um Gegenstände handelt, einmal deren ehemaliger Besitzer überhaupt noch nicht absolut sicher ist, und weiter, bei welchen also der betr. Angeschuldigte nicht etwa das Blut als von bestimmten anderen Tieren herrührend angibt, in solchen Fällen, meine Herren, habe ich die Meinung, daß der objektiv untersuchende Gerichtsarzt tatsächlich und im Ernst nicht nur selbst mit der Möglichkeit, daß das Blut auch vom Affen herrühren kann, rechnen, sondern auch dieses dem Gericht sagen soll. Und nochmals erinnere ich dabei an die unglaublichsten Seltenheiten, und die ganz merkwürdigen Zufälligkeiten, die doch oft in der gerichtlichen Medizin vorkommen und von Bedeutung werden.

Setzen Sie zum Beispiel den Fall, ein kleiner Italiener oder Slovakenknabe zieht mit seiner Meerkatze unter der Jacke und seinem Musikinstrument in Berlin umher, der Affe verletzt sich an der Kette oder, wenn es ein Weibchen ist, es menstruiert, kurz, er besudelt mit Blut die Weste seines Herrn. Wenn der warme Sommer kommt, versetzt der Italiener die Weste in einem Leihhaus und hat hernach keine Gelegenheit mehr, dieselbe wieder einzulösen. Die Weste kommt in fremde Hände, und zwar wird sie zufällig bei einem Manne beschlagnahmt, der in der einen oder anderen Richtung beschuldigt wird oder verdächtig ist, mit einer Bluttat in Verbindung zu stehen. Die serodiagnostische Untersuchung auf Menschenblut fällt positiv aus, und ohne daß überhaupt die Möglichkeit erwähnt wird, daß auch Affenblut vorliegen könnte, erklärt der Gerichtsarzt: „Die Flecken rühren nach dem Ergebnis der Untersuchung her von Menschenblut".

Aber, meine Herren, wie dem auch sei, es gibt ja unter den Menschen einerseits arge Zweifler und andrerseits wieder Leute, die durch ihre Lebenserfahrung weniger kritisch und skrupulös sind, und vielleicht einfacher, natürlicher und ebenso richtig denken. Ich weiß nicht, ob es mir gelungen ist, durch meine Ausführungen darzutun, daß tatsächlich besonders bei aufgefundenen herrenlosen Gegenständen wie Kisten, Körben, Kästen, Einwicklungspapier, aber auch zuweilen bei beschlagnahmten Kleidungsstücken mit der Möglichkeit — ich rede nicht von Wahrscheinlichkeit — zu rechnen ist, daß das Blut auch vom Affen herrühren kann; aber vor Gericht, meine ich, dürften solche individuellen Verschiedenheiten gar nicht weiter zutage treten, sondern da müßte einfach in ganz objektiver Weise ein Gutachten erstattet werden. Wird uns ja doch auch nicht die Frage vorgelegt: „Halten Sie, Herr Sachverständiger, an dieser Schürze oder an diesem Messer das Blut für Menschenblut?" sondern: „Was hat Ihre vorgenommene Untersuchung ergeben".

Es soll doch dies eine ebenso exakte Untersuchung sein, wie die chemische Untersuchung auf Giftstoffe. Es ist doch durchaus unzulässig, wenn ein Gerichtschemiker, der die Aufgabe hat, Leichenteile auf das Vorhandensein von Arsen zu untersuchen, das Gutachten bestimmt dahin abgibt, „es ist Arsen vorhanden"; wenn ihn zur Abgabe dieses positiven Gutachtens das Resultat einer Probe veranlaßt hat, die zwar für Arsen positiv ist, aber auch außerdem noch für ein anderes ganz seltenes, ungiftiges Element; da er aber der Meinung ist, daß dieses ausnehmend seltene Element im vorliegenden Falle gar nicht in Frage kommen kann, so erwähnt er das überhaupt gar nicht, sondern erklärt einfach „in diesen Leichenteilen ist Arsen vorhanden".

Meine Herren, ich kann nicht anders, ich finde derartige Gutachten unzulässig. Wir dürfen als Gerichtsärzte bei einer so eminent wichtigen Frage, wo es sich meist um Leben und Tod eines Mitmenschen handelt, unser Gutachten nicht in einer so „abgekürzten" Weise abstatten. Wir müssen in unserem Gutachten, selbst wenn wir es dadurch etwas abschwächen, auch alle unsere Unzulänglichkeiten eingestehen und die Schwächen unserer sonst so exakten Proben! Wir dürfen nicht etwas verschweigen, von dem wir in bester Überzeugung glauben, daß es hier gar nicht hergehört und gar nicht in den Kreis der Möglichkeiten zu ziehen sei.

Über letzteres zu urteilen, ist Sache des Gerichts, dem wir ja doch nur Helfer sein wollen, aber eben auch Helfer, auf die sich das Gericht in vollster Weise und in größtem Umfange verlassen und stützen kann.

Auch selbst die Erwägung darf meines Erachtens uns nicht schwankend machen, daß wir vielleicht dadurch, daß wir jetzt nun so häufig in öffentlicher Verhandlung erklären müssen: „Menschenblut und Affenblut kann die Wissenschaft heute noch nicht unterscheiden", daß wir vielleicht dadurch gewisse Elemente der Bevölkerung wie „Kriminalstudenten" klüger machen, als es gut ist.

Es ist ja möglich, daß hie und da in Zukunft ein Raufbold zu seiner Verteidigung vorgibt, irgendwie mit Affenblut in Berührung gekommen zu sein und dadurch den Lauf der Untersuchung hemmt und verwirrt.

Aber, meine Herren, ich meine, das ist dasselbe, als wenn wir aus solchen Erwägungen heraus in einer öffentlichen Gerichtsverhandlung uns scheuen wollten, genau im einzelnen den Unterschied von fingierten und echten epileptischen Krämpfen auseinanderzusetzen und sonstige Merkmale zu besprechen, durch die sich andere simulierte Krankheiten von echten unterscheiden.

Merkwürdigerweise sind auch die Gutachten, die Herr Uhlenhuth, der verdienstvolle Forscher und geniale Entdecker dieses neuen Blutnachweises, als Muster in seiner letzt erschienenen Zusammenstellung diesbezüglicher Arbeiten aufstellt, in der geschilderten Richtung „gekürzt" und entbehren in ihren Resumés wenigstens jenes ausdrücklichen Hinweises auf Affenblut.

Meine Herren, im Gegensatz hierzu und im Bewußtsein der großen Verantwortung werden seit einiger Zeit die Gutachten aller seradiagnostischen Blutuntersuchungen im Straßmannschen Institut für Staatsarzneikunde zu Berlin bei positivem Ausfall der Probe ausschließlich mit der Reserve abgegeben:

„wenn nicht Affenblut in betracht kommt“, oder „wenn Affenblut auszuschließen ist“.

Ich verweise z. B. auf das letzthin vom Assistenten des Instituts, Dr. Schulz, in der Sinnigschen Mordsache erstattete Gutachten, und ich bleibe dabei, dies ist auch allein der richtige Standpunkt.

Solange wir nicht eine nur für das Menschenblut typische und charakteristische sichere Probe besitzen, so lange müssen wir uns mit jener Reserve ausdrücken.

Ich will jetzt meine Ausführungen schließen und fasse dieselben zusammen in der Forderung:

Jeder Gerichtsarzt soll, wie jetzt im Straßmannschen Institut, der wissenschaftlichen Wahrheit folgend, in Zukunft sein Gutachten über eine Blutspur nach positivem Ausfall des biologischen Verfahrens stets mit der Einschränkung abgeben: „Es ist Menschenblut, wenn Affenblut auszuschließen ist.“

Herr Uhlenhut-Greifswald, dem wir Gerichtsärzte in erster Linie diesen so bedeutungsvollen und wichtigen Fortschritt auf dem Gebiet des Blutnachweises verdanken, glaubt neuerdings eine Methode gefunden zu haben, auch nahe verwandte Blutarten von einander zu unterscheiden.

Erweisen sich in der Tat diese neuesten Beobachtungen als exakt und zuverlässig, dann allerdings können wir mit Stolz das schwierige und alte Problem der gerichtlichen Medizin als gelöst ansehen.

Ein Beitrag zur Frage nach der Beziehung zwischen Trauma und Geschwulst.

Von

Stabsarzt Dr. Schmiz-Aachen.

Da die Entstehung der Geschwülste noch nicht sicher wissenschaftlich festgestellt ist und die Ansichten hierüber auseinandergehen, so wird naturgemäß auch die Frage nach der Beziehung zwischen Trauma und Geschwulst je nach dem Standpunkte verschiedentlich beantwortet. Zur Beantwortung dieser Frage sind wir auf die praktische Erfahrung angewiesen und jeder völlig einwandfrei beobachtete Fall ist daher zur Klärung von Bedeutung. Unter diesem Gesichtspunkte führe ich nachfolgenden Fall an, da er genau beobachtet ist und Zweifel in seiner Deutung nicht zuläßt. Die Ausführlichkeit der Schilderung sei damit entschuldigt.

Füsilier H., von Beruf Parterregymnastiker, der aus gesunder Familie stammen und selbst stets gesund gewesen sein will, erhielt bei einer Felddienstübung am 27. Februar 1905 beim Aufspringen aus liegender Stellung zum Sturm von seinem Nebenmanne zufälligerweise einen Kolbenstoß gegen den linken Unterschenkel. Er verspürte derartige Schmerzen, daß er nur hinkend nachlaufen konnte. Trotzdem die Schmerzen anhielten, meldete er sich nicht krank, da er an seinem Beine nichts Besonderes bemerkte. Erst drei Tage später kam er zum Revier, weil er eine Anschwellung an der Stelle des Stoßes feststellte. Er wurde ins Revier wegen Quetschung des linken Schienbeines aufgenommen, und, als die Schwellung nicht zurückging, acht Tage später dem Lazarette überwiesen. Hier wurde 4 cm unterhalb des untern Kniescheibenrandes eine mäßige, mehr flache, 7 cm lange und 5 cm breite außerordentlich druckempfindliche Schwellung festgestellt. Verfärbungen der Haut bestanden nicht, sind auch nach Angabe des H. nie vorhanden gewesen. Die Schwellung wurde als durch Blutung bedingt angesehen und dementsprechend zuerst konservativ behandelt, zuletzt wurde ein kleiner Einschnitt gemacht, durch den einige Kubikzentimeter dunklen, dickflüssigen Blutes entleert wurden. Der Einschnitt heilte glatt, die Schwellung aber ging nicht zurück und blieb lange unverändert. Erst am 21. April 1905 hatte man den Verdacht des Wachsens der Schwellung, welches bald auch sicher festgestellt wurde, zudem war die Druckempfindlichkeit größer geworden. Es wurde deshalb ein Stück behufs mikroskopischer Untersuchung herausgeschnitten bzw. mit dem Hohlmeisel herausgelöffelt, wobei schon klinisch die Diagnose eines Knochensarkomes mit ziemlicher Sicherheit gestellt werden konnte, die denn auch durch die mikroskopische Untersuchung erhärtet wurde. Es handelte sich um ein gemischt kleinzelliges, rasch wachsendes, kortikales Knochensarkom. Da die Röntgendurchleuchtung, wenn sie auch kein scharfes Bild erzeugte, ergab, daß die Geschwulst schon sehr nahe an das Gelenk heranging, so wurde die Absetzung des Oberschenkels im untern Drittel mittelst Zirkelschnitt und unter Bildung einer Periostmanschette vorgenommen. Die Nachbehandlung (n. Hirsch) erzielte, trotzdem die glatte Heilung durch eine Fadennekrose eine Verzögerung erlitt und an einer Stelle die Narbe in Zehnpfennigstückgröße mit dem Knochenstumpfe verwachsen war, einen völlig tragfähigen Stumpf.

Die Sektion des abgesetzten Gliedes ergab eine über hühnereigroße Geschwulst, die breitbasig in der Höhe des untern Endes der Tuberositas tibiae demjenigen Teile der äußern Schienbeinfläche aufsaß, welcher der Fibula gegenüberlag, also mehr an der lateralen Kante der Tibia. Nur an einer kleinen Stelle war sie im Begriffe durch die Kortikalis selbst in die Markhöhle hineinzuwachsen. Die Ursprungsstelle der Geschwulst war demnach vermöge ihrer Lage dem direkten Kolbenstoße nicht zugängig. Im übrigen war die Geschwulst, wenn sie auch bereits in die benachbarten Weichteile hineingewachsen war, noch völlig abgrenzbar. Das Fibulaköpfchen, sonst ein Lieblingssitz der Sarkome, lag dicht an der Geschwulst, war aber frei von Geschwulstmasse. Die Geschwulst hatte in ihren größten Durchmessern eine Länge von 8 cm, eine Breite von ebenfalls 8 cm, während der durchschnittliche Dickendurchmesser 5 cm betrug. Sie bestand aus einer dünnen, teilweise knöchernen Schale und aus einem dunkelrot gefärbten Kern von teils festerem, teils schwammigeren Gewebe, welches reichlich von der Basis aus mit radiär angeordneten Knochenzügen durchsetzt war. Außerdem befanden sich im Zentrum und in den nach außen gelegenen Teilen vereinzelte Blutgerinnsel. Die Härte der Geschwulst nahm von der Ursprungsstelle nach der Peripherie allmählich ab, hatte hier die Beschaffenheit des festen Bindegewebes, dort die des Knochens.

Hiernach lassen sich nun folgende Schlüsse ziehen. Die Geschwulst muß vor der Verletzung bestanden haben, denn 1. ist es undenkbar, daß dieselbe in einem Zeitraum von drei Tagen entstanden und derart gewachsen ist, zumal bei einem Knochensarkom, daß sie nach außen sichtbar in Erscheinung trat; 2. war die Ursprungsstelle der Geschwulst einem direkten Kolbenstoße nicht zugängig, sie war durch eine dicke Muskelschicht geschützt; 3. die Blutgerinnsel innerhalb der Geschwulst, wenn solche auch auchtochton vorkommen, sind durch den Kolbenstoß mit ziemlicher Sicherheit entstanden und erklären auch die andauernde Schmerzhaftigkeit, setzen also die Präexistenz der Geschwulst voraus.

Wenn das Trauma auch nicht die Entstehung der Geschwulst bedingt hat, so hat es ohne Zweifel doch das rasche Wachstum derselben verursacht. Der Stoß selbst kann kein sehr heftiger gewesen sein, sonst hätte man mindestens Blutverfärbungen der Haut nachweisen können, er reichte aber hin, eine Blutung innerhalb der weicheren Teile der Geschwulst, die schon nahe bis unter die Haut vorgerückt war, hervorzurufen. Durch den Druck des eingeschlossenen Blutes auf die Geschwulst erklärt sich auch die andauernde Schmerzhaftigkeit bei Bettruhe, während später die Geschwulst nur auf Druck sehr empfindlich war. Durch den Druck des Blutes von innen

heraus allseitig auf die Geschwulst wurde meines Erachtens der Anreiz zu dem raschen Wachstum gegeben.

Wir haben also hier eine sarkomatöse Geschwulst, von der gerade am meisten behauptet wird, daß sie durch Trauma zur Entstehung komme, und deren Entstehung auch vom Träger selbst auf Verletzung zurückgeführt wurde. Dies ist aber nachweislich nicht der Fall, wohl ist nachweislich durch das Trauma das rasche Wachstum verursacht worden. Auf Grund letzterer Tatsache ist daher H. auch als Invalide entlassen worden.

Entstehung und rasches Wachstum einer Geschwulst sind zwei verschiedene Vorgänge. Wie in diesem Falle wird es sich wohl bei den meisten Geschwülsten verhalten, die auf Trauma, zumal auf ein einmaliges, zurückgeführt werden, nur läßt es sich nicht immer so einwandfrei nachweisen. Solange uns die feste Unterlage für die Beantwortung dieser Frage fehlt, müssen wir in zweifelhaften Fällen entsprechend dem Charakter der sozialen Gesetzgebung und der Unfallversicherung zugunsten des Kranken unser Urteil abgeben.

Referate.

Gewerbehygiene.

Über die gesundheitliche Lage der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner (Führer und Schaffner) — mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse bei der Hamburger Straßenbahngesellschaft.

Von M. Fürst.

(Archiv für soziale Medizin und Hygiene, herausg. von M. Fürst und K. Jaffé. Erster Band, erstes Hoft. Leipzig. Verlag von F. C. W. Vogel, 1904.)

Verf. hat sich in der vorliegenden Arbeit der dankenswerten Aufgabe unterzogen, das Material, das die Direktion der Straßenbahngesellschaft in Hamburg, der Zentralverband der Handels-, Transport- und Verkehrsarbeiter Deutschlands, sowie eine Anzahl von Ärzten der Betriebskrankenkasse der Hamburger Straßenbahn ihm auf seine Anfrage zur Verfügung stellten, nach den verschiedensten, in sozialhygienischer Hinsicht in Frage kommenden Gesichtspunkten — Lebensalter, Gehaltsverhältnisse, Krankenfürsorge, Krankheitstage und Krankheitsursachen — zu bearbeiten.

Dem Verf. wird darin zuzustimmen sein, daß nicht bloß im gesundheitlichen Interesse der Straßenbahner, sondern auch im Interesse der Sicherheit des Verkehrs eine Verkürzung der Arbeitszeit anzustreben bleibt, ebenso wie die Einfügung regelmäßiger Mittagspausen. Eine derartige Maßregel würde vor allem einer Abnahme der nervösen Störungen wie der Magenerkrankungen zu gute kommen. Wo Privatgesellschaften zu derartigen Zugeständnissen nicht bereit oder nicht im stande sind, wird es Aufgabe der Kommunen sein, die Straßenbahnen in städtischen Betrieb zu nehmen, wie dies nach dem Vorgang von Glasgow bereits in einer Reihe von Städten zum Vorteil der städtischen Finanzen wie der sozialen Lage der Straßenbahner selber geschehen ist. Daneben dürfen die besondern prophylaktischen Maßnahmen, insbesondre vermehrter Schutz der im Außendienst beschäftigten Straßenbahner gegen Erkältungskrankheiten (Anbringung von Schutzwänden an den Vorder- und Hinterperrons, zweckentsprechende Dienstkleidung), Förderung der Abstinenzbewegung u. a. nicht verabsäumt werden. E. Roth (Potsdam).

Ist es praktisch ausführbar, Kohlengruben, die mit Ankylostomiasis infiziert sind, mit Erfolg zu desinfizieren?

Von H. Bruns.

(Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie. Wiener medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 24.)

Die Wiener medizinische Wochenschrift hatte in Nr. 11 einen Artikel von Goldman über das Thema gebracht: Sollen wir Gruben, die mit Ankylostomiasis infiziert sind, desinfizieren? Bruns hatte in einer früheren Abhandlung (Münchener medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 2, 3, 4) auf Grund sorgfältiger Desinfektionsversuche, die auf einer etwa 80 m langen Grubenstrecke mittels Kalkmilch ausgeführt wurden, die Anschauung vertreten, daß die Anwendung von Desinfektionsmitteln zwecks Desinfektion der Gruben erfolglos sei und deshalb zu unterbleiben habe. Goldman steht auf dem entgegengesetzten Standpunkt und erklärt das im rheinisch-westfälischen Industriebezirk eingeführte Verfahren, die sämtlichen infizierten Leute in Behandlung zu nehmen, ohne gleichzeitige Desinfektion der Gruben für unvollständige Arbeit. Mit Recht hebt Bruns hervor, daß, wenn wir ein für diesen Zweck brauchbares und anwendbares Desinfektionsmittel hätten, seiner Anwendung nichts im Wege stände, aber ein solches Desinfektionsmittel kennen wir nicht und kennt auch Goldman nicht.

Daß im übrigen die im rheinisch-westfälischen Industriebezirk befolgte Bekämpfungsmethode, bestehend in methodischer Untersuchung und Ermittlung der Wurmbehafteten und Verbesserungen allgemein hygienischer Natur in den Gruben durchgreifende Erfolge erzielt hat, dafür sprechen die Untersuchungsergebnisse, die Bruns hinsichtlich der Zahl der Wurmbehafteten auf einer größeren Zahl von Zechen bei der ersten resp. letzten Untersuchung gefunden hat. E. Roth-Potsdam.

Beiträge zur Bekämpfung der Ankylostomiasis

(Bericht an die Königl. Regierung in Arnsberg).

Von Dieminger.

(Abdruck aus dem klinischen Jahrbuch, Bd. 12, 1904. Jena, Verlag von Gustav Fischer.)

Verf. hat seit 1902 die Belegschaft der Zeche Graf Schwerin auf das Behaftetsein mit Ankylostomen untersucht und dabei beobachtet, daß das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung von dem Befinden und Verhalten der betreffenden Personen nicht unwesentlich beeinflußt wird. Außer Darmaffektionen scheint insbesondere übermäßiger Alkoholgenuß einen hervorragenden Einfluß auf den Ankylostomenbefund auszuüben, insofern nach vorangegangenen Alkoholexzessen eine auffallend geringe Zahl positiver Resultate gefunden wurde, wahrscheinlich dadurch bedingt, daß durch die dabei vorhandenen Diarrhöen die produzierten Eier in dem der Untersuchungsprobe vorangegangenen Stuhl schon ausgeschieden waren.

Verf. konnte ferner durch seine Untersuchungen auf Zeche Zollern II die hier wie auch in Oberschlesien vom Ref. gemachte Erfahrung bestätigen, daß für die Entwicklung der Eier in den Gruben die Temperatur von ausschlaggebender Bedeutung ist. Dementsprechend hatte auf Zeche Zollern II, die eine Temperatur von $9^1/_2$ bis $18^1/_2{}^0$ C. hat, in keinem Falle eine Infektion stattgefunden, alle hier als wurmbehaftet Befundenen waren von andern mehr oder weniger verseuchten Gruben aus zugewandert. Die geringe Zahl der im einzelnen Präparat gefundenen Ankylostomen-Eier, im Vergleich mit den auf anderen Zechen, speziell Graf Schwerin, gefundenen Resultaten läßt darauf schließen, daß beim Fehlen ständiger Neuinfektionen die im Körper befindlichen Würmer allmählich absterben, Erfahrungen, die auch durch Untersuchung einer größern Zahl von Reservisten, die vor ihrer Militärdienstzeit auf Zeche Graf Schwerin gearbeitet hatten, bestätigt wurden. Von diesen 25 Mann wurden 24 noch wurmbehaftet gefunden; sämtliche Leute aber zeigten frische und gesunde Gesichtsfarbe, im einzelnen Präparat fanden sich meist nur je drei bis fünf Ankylostomen.

Im Ungeziefer der Gruben, in Ratten, Mäusen u. a. wurden in keinem Fall von Dieminger Eier oder Larven der Ankylostomen nachgewiesen. Dagegen gelang Dieminger der Nachweis, daß sich die Eier in den Stuhlfäßchen, wie sie von den Bergarbeitern und deren Familien in ihren Wohnungen nachts benutzt werden, außerhalb der Gruben und ohne Be-

nutzung eines Thermostaten sehr wohl entwickeln können. Der Umstand jedoch, daß unter 941 untersuchten Personen, welche in enger Berührung mit wurmbehafteten Bergleuten standen, nur ein mit Ankylostomen behafteter gefunden wurde, beweist, daß eine Ansteckung außerhalb der Grube zwar möglich, jedoch so selten ist, daß dieser Übertragungsmodus für gewöhnlich außer Berücksichtigung gelassen werden darf.

E. Roth, Potsdam.

(Aus dem Institut für Hygiene und Bakteriologie zu Gelsenkirchen.)

Die Durchwanderung von Ankylostomalarven durch die menschliche Haut; die Bedeutung dieser Infektionsmöglichkeit für die Verbreitung und Bekämpfung der Wurmkrankheit.

Von Dr. Hugo Bruns, Direktor des Instituts und Dr. med. Willy Müller, Arzt in Baukau.

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 3.)

Leichtenstern hat zuerst nachgewiesen, daß bei Fütterungsversuchen mit Ankylostomalarven Eier und geschlechtsreife Würmer in den Fäces sich vorfinden, dagegen ist ihm ein Versuch, sich selbst in die Haut zahlreiche eingekapselte Larven einzureiben, negativ ausgefallen, wie bei der Sektion zweifellos nachgewiesen wurde, ebenso ging es Bojcott in Haldane. Loos, Pieri und Noè glauben durch Einreiben der Larven in die Haut positive Erfolge gesehen zu haben, doch halten die Verfasser die Experimente nicht für einwandfrei. Sie haben aus diesem Grunde selbst Versuche angestellt und das Ergebnis gehabt, daß eine Einwanderung durch aufgeweichte Haut sicher stattfindet, in Fällen der Einreibung auf unvorbereitete Haut hatten sie negative Resultate. Es ist daher bei der Prophylaxe an beide Arten der Eintrittsmöglichkeit zu denken, wobei allerdings an den hieher bestehenden, vorbeugenden Maßnahmen nichts zu ändern ist. Dieselben haben sich als sehr segensreich bereits erwiesen, was daraus hervorgeht, daß im Verlauf der letzten zwei Jahre die Krankheit in den Gebieten um 87% abgenommen hat, in denen durch mikroskopische Fäcesuntersuchung die Wurmkranken ermittelt, über Tage beschäftigt und durch Wurmkur von ihren Parasiten befreit wurden. Seelhorst.

Kinderarbeit.

Von Dr. Heißler, K. Bezirksarzt in Teuschnitz.

(Münch. med. Wochenschr. 1905, Nr. 23.)

Verfasser stellt folgende Forderungen: Kinder, nicht unter 11 Jahren, dürfen nur in kurzer genau umschriebener Dauer, unter Aufsicht von Erwachsenen, nie vor dem Vormittagsunterricht, nur unter festbestimmter Feierabendzeit, zu welcher sie in die Familie zurückkehren, beschäftigt werden, ihre Arbeit muß eine leichte sein, geistige Schädigungen müssen sich ausschließen lassen, der Schulunterricht darf nicht geschädigt werden, Kinder unter 14 Jahren dürfen gegen Lohn nicht vermietet werden, wenn sie damit aus der Familie herausgerissen und dem Gesinde des Arbeitgebers eingegliedert werden. Kinder unter 14 Jahren dürfen nicht Vieh hüten. Seelhorst.

Eignet sich die Frau gesundheitlich für den kaufmännischen Beruf?

Von Prof. J. Heller, Charlottenburg-Berlin.

(Medizinische Klinik 1905, Nr. 33.)

Man kann annehmen, daß aus denjenigen Kreisen, die in den Dörfern und kleineren Städten die Dienstboten stellen, in den Großstädten die weiblichen kaufmännischen Angestellten sich rekrutieren. Beide Berufe werden im allgemeinen nicht aus Neigung, sondern unter dem Zwange, den Lebensunterhalt ganz oder teilweise zu verdienen, ergriffen.

Verfasser versucht die Morbidität an den drei wichtigsten in Frage kommenden Krankheitskategorien, Lungenkrankheiten, Nervenkrankheiten, Chlorose — Magengeschwür — bei den Handlungsgehilfinnen mit der entsprechenden Morbidität bei den Dienstboten zu vergleichen. Durch die Zahlen des Verfassers wird bewiesen, daß ernstere Lungenkrankheiten beziehungsweise Nervenkrankheiten zweieinhalb- beziehungsweise dreimal so häufig bei den Handlungsgehilfinnen, wie bei den Dienstboten vorkommen, während ein wesentlicher Unterschied in bezug auf Chlorose nicht besteht. Im kaufmännischen Beruf haben die Frauen eine viel größere Morbidität wie die Männer. Nach den statistischen Zahlen ergibt sich, daß auf die weiblichen Versicherten der Firmen Gerson, Tietz, Wertheim, der Königlichen Eisenbahnbetriebskasse, der Postkrankenkasse 9,91 Krankheitstage pro Kopf gegen 6,61 Krankheitstage bei den männlichen Mitgliedern derselben Krankenkassen kommen.

J. Meyer, Lübeck.

Chirurgie.

Bauchbrüche in der weißen Linie ohne objektiven Untersuchungsbefund.

Von Dr. H. Mohr in Bielefeld.

(Mitteilungen aus den Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie. Bd. 14, H. 3.)

Bei den kleinen Bauchbrüchen in der Mittellinie des Körpers zwischen Nabel und Schwertfortsatz stehen die Beschwerden oft in gar keinem Verhältnis zu der Geringfügigkeit des äußeren Befundes; gerade die kleinsten Brüche, deren Auffindung schwierig und unmöglich ist, machen manchmal die größten Beschwerden.

Diese Beschwerden ähneln am meisten denen des Magengeschwürs, weshalb auch bei Fehlen einer Geschwulst in der Mittellinie die Abgrenzung des Bruches gegen das Ulcus am schwierigsten ist. Doch finden sich manche Unterscheidungspunkte beider Krankheiten.

Schon die Beschäftigung der Kranken gibt einen Hinweis auf die Ursache der Beschwerden. Das Geschwür wird selten und dann meist durch direkte akute Gewalteinwirkungen hervorgerufen. Für die Entstehung des Bruches wirken dagegen das Tragen von Lasten vor dem Körper und vor allem Arbeiten, bei denen ein wiederholtes rasches Strecken und Beugen des Körpers unter Kraftentfaltung notwendig ist, besonders günstig. Es wird hierdurch eine in der weißen Linie etwa vorhandene Spalte, die Bruchanlage, gezerrt und gedehnt, so daß allmählich Eingeweide austreten können.

Ferner ergeben sich aus dem Verlauf und den Erscheinungen der Erkrankung einzelne Unterscheidungsmerkmale. Die anfallsweise auftretenden krampfartigen Schmerzen kommen bei beiden Krankheiten vor. Zunahme derselben nach der Mahlzeit spricht für Geschwür, nach Anstrengungen für Bruch; es kann jedoch auch umgekehrt sein. Der umschriebene Druckschmerz liegt beim Bruch immer in der Mittellinie oder deren nächster Nähe, beim Geschwür irgendwo in der Magenwand, zuweilen an wechselnden Stellen.

Ist der Kranke in den schmerzfreien Zeiten nicht ohne Störungen von seiten des Magens, Appetitlosigkeit, Erbrechen usw. und ergibt die Untersuchung des Mageninhaltes übermäßige Säureausscheidung, so spricht dieses für ein Geschwür, besonders wenn es sich um ein blutarmes Mädchen handelt.

„Magenkrämpfe“ in Form von kolikartigen Schmerzen mit umschriebenem Druck in der Mittellinie kommen noch bei zahlreichen anderen Erkrankungen vor, bei rein nervösen Zuständen, Interkostalneuralgien, Erkrankungen der Gallenblase und des Pankreas, bei Entzündungen des Dickdarms und Wurmfortsatzes, bei Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane, Rückwärtsknickung usw. Bei allen diesen Krankheiten müssen die übrigen Erscheinungen und die Beobachtung des Verlaufs zur Unterscheidung vom Magengeschwür und Bruch der weißen Linie führen. Man darf nicht vergessen, daß auch neben einem Bauchbruch noch schwere Magenerkrankungen bestehen können.

Niehues-Berlin.

(Aus der chir. Abt. des Kaiser Franz Josef-Spitals in Wien; Primarius Doz. Lotheißen.

Über penetrierende Thoraxverletzungen.

Von Assistent Dr. Haim.

(Deutsche Zeitschr. für Chirurgie, Band 19, Heft 1—3.)

Penetrierende Verletzungen der Brust werden hervorgerufen durch die Einwirkung eines stechenden oder schneidenden Instruments, durch ein Projektil oder durch stumpfe Gewalt (Überfahrenwerden, Fall aus großer Höhe usw.); im letzteren Falle entsteht die penetrierende Verletzung meistens infolge Durchspießung des Bruchstückes einer Rippe.

Das Krankheitsbild setzt sich zusammen aus dem Hautemphysem, dem Pneumothorax und der Blutung, von denen jedoch keine Erscheinung ganz konstant ist. Tritt Hautemphysem oder Pneumathorax auf, ohne daß durch die Verletzung eine Eröffnung des Brustkorbes hervorgerufen ist, so spricht dies für eine Verletzung der Lunge und Pleura. Die Blutung kann sich sowohl in den Brustfellraum ergießen als auch mit dem Sputum nach außen entleert werden. Noch nach 5—7 Tagen können sich die Anzeichen einer Blutung einstellen. — Unter den Komplikationen ist die gleichzeitige Verletzung von Baucheingeweiden am häufigsten, welche oft das Krankheitsbild beherrscht und den unglücklichen Ausgang herbeiführt. — Von sekundären Erkrankungen ist die äußerst seltene nachträgliche Infektion des Blutergusses und die Kontusionspneumonie zu nennen, welche dadurch entsteht, daß sich die Erreger der genunen Pneumonie in dem hämorrhagischen Infiltrat des Lungengewebes ansiedeln.

Die Behandlung besteht in gewöhnlichen Fällen in gründlicher Reinigung der Wundumgebung, vorsichtiger Tamponade des Wundkanals mittelst eines Jodoformgazestreifens sowie Anlegung eines Okklusivverbandes; Sondierung der Wunde ist streng verboten, schon um den nachträglichen Eintritt von Luft in den Pleuraraum zu vermeiden. Bei bestehender Luft- oder Blutansammlung im Pleuraraum hat man sich abwartend zu verhalten; in schweren Fällen jedoch, wenn einigermaßen ernstere Symptome, Dyspnoe, Cyanose, Verdrängung der Nachbarorgane bestehen, soll man mit der Entleerung des Pleuraraums durch Punktion oder Rippenresektion nicht lange warten. Durch Ablaß des Blutergusses wird man auch einer späteren übermäßigen Schwartenbildung am sichersten vorbeugen.

Niehues-Berlin.

(Aus der chirurgischen Klinik des Diakonissenhauses zu Posen, Med.-Rat Dr. Borchard.)

Ein Fall von geheilter, traumatischer intra- und extraperitonealer Blasenruptur.

Von Assistenzarzt Dr. Maeder.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; Band 79, Heft 1—3.)

Ein 50jähriger Mann glitt aus und fiel bei gefüllter Blase mit dem Unterleib gegen ein Bierfaß; er empfand einen heftigen Schmerz und blieb ohnmächtig liegen. Nach dem Erwachen vermochte er nicht mehr Harn zu lassen; durch Katheter wurden 200 ccm blutigen Urins entleert. Am folgenden Morgen ergab die Untersuchung im Krankenhause einen mäßig aufgetriebenen, in den unteren Teilen druckempfindlichen, über der Blasengegend sehr schmerzhaften Unterleib. Urin war nicht wieder gelassen, Harndrang bestand nicht, die Blase enthielt nur einige Blutgerinnsel. Die Diagnose auf intraperitoneale Blasenruptur war hiermit gesichert.

Bei der Operation (Sectio alta) fand sich im prävesikalen Raum etwas Harn. Nach Eröffnung der fast leeren Blase konstatiert der eingeführte Finger an der rechten Seite einen Riß von 3 cm Länge, welcher bis ins Bauchfell geht. Nach Verlängerung des Hautschnittes wird die Bauchhöhle eröffnet, eine geringe Menge Harn entleert, der Blasenriß doppelt übernäht, die Bauchwunde bis auf zwei kleine Öffnungen für Drain und Jodoformgazestreifen geschlossen und ein Verweilkatheter eingelegt, dessen Entfernung nach fünf Tagen erfolgte. Der Heilungsverlauf war gut. Der Kranke vermochte bei seiner Entlassung den Harn drei Stunden zu halten.

Niehues-Berlin.

(Aus der Rostocker chirurgischen Klinik; Prof. Dr. Müller.)

Intraperitoneale Pfählungsverletzung mit Blasenmastdarmfistel; Epizystostomie am dritten Tage.

Von Assistenzarzt Dr. Deetz.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie; Band 79, Heft 1—3.)

Ein 13jähriger Junge setzte sich auf einen Hammer, dessen dünner Stiel plötzlich durch die Hammeröffnung rutschte und dem Knaben 5 bis 6 cm in den Mastdarm drang. In der folgenden Nacht trat Erbrechen ein, die Temperatur stieg auf 39,5 °; im Urin befand sich kein Blut. Bei der Krankenhausaufnahme waren die unteren Teile des Unterleibs sehr schmerzhaft, die Recti etwas gespannt; es erfolgte spontane Entleerung klaren Urins, jede äußere Verletzung fehlte. Temperatur 39,6 °; Allgemeinbefinden nicht schlecht; Opiumbehandlung. Am zweiten Tage konnten in dem eiterigen Urin, der sich jetzt auch durch den Mastdarm entleerte, Kotteilchen nachgewiesen werden. Die zwischen Blase und Mastdarm bestehende 1,5 cm lange Öffnung wurde von einem vorderen Blasenschnitte aus mit günstigem Erfolge operativ geschlossen.

Niehues-Berlin.

(Aus dem Hafenkrankenhaus zu Hamburg: Dr. Lauenstein.)

Schuß durch die linke Herzkammer; Herznaht; Tod durch Peritonitis.

Von Sekundärarzt Dr. Rothfuchs,

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 77, H. 4 bis 6.)

Ein junger Mann wurde eine halbe Stunde, nachdem er sich mit einem Revolver in die Herzgegend geschossen hatte, mit folgendem Befund in das Krankenhaus geliefert. Einschußöffnung 3,5 cm nach innen und etwas nach unten von der linken Brustwarze, Herzdämpfung, nach rechts nicht verbreitert, nicht nach links bis zur Mammillarlinie. Puls nicht zu fühlen, Herz, dessen Töne sehr leise, kontrahiert sich 70mal in der Minute. Hämo- oder Pneumothorax nicht nachweisbar. Pupillen ad maximum erweitert, reagieren nicht. Leib weich, ohne Dämpfung hinten.

Operation: Resektion des fünften Rippenknorpels; Spaltung des mit Blut ganz gefüllten Herzbeutels von der Einschußöffnung aus in genauer Richtung. Vernähung 1. der an der Vorderwand des Herzens, 4 cm von der Spitze, fingerbreit vom Inti. coron. gelegenen, leichtblutenden Einschußöffnung; 2. nach Bildung eines den vierten Rippenknorpel enthaltenden Hautknochenlappens der 6 bis 8 cm über der Spitze und $1^1/_2$ Finger breit von Suli. cor. post. befindlichen Ausschußöffnung; 3. des Loches von der Hinterwand des Herzbeutels. Schluß des Herzbeutels und der Haut bis auf kleine Öffnung für den Durchtritt eines Jodoformgazestreifens.

Der Kranke kommt zu sich und erholt sich, stirbt jedoch nach 24 Stunden an einer inzwischen aufgetretenen Bauchfellentzündung. Bei der Sektion fand sich, daß die Kugel noch die Vorder- und Hinterseite des Magens, sowie das Zwerchfell durchschlagen hatte, in dem sie liegen geblieben war.

Niehues-Berlin.

(Aus der Münchener chirurg. Univ.-Klinik; Geh. Rat von Angerer.)

Röntgenbilder in Unfallsachen.

Von Dr. R. Grashey.

(Monatsschrift für Unfallheilkunde. 1905, Nr. 4.)

Gr. berichtet über einige Fälle, in denen aus Röntgenbildern Fehlschlüsse gezogen wurden.

Eine Frau erlitt einen Radiusbruch, wofür sie entschädigt wurde. Nach zwei Jahren wurde die Diagnose angezweifelt und in einem elektrotechnischen Geschäft eine Röntgenaufnahme angefertigt, welche einen Knochenbruch nicht erkennen ließ. Auf Antrag der Frau wurden von einem Arzt in verschiedenen Durchleuchtungsrichtungen weitere Aufnahmen gemacht, welche das Vorhandensein einer geheilten Fraktur unzweifelhaft erwiesen. Gr. warnt deswegen mit Recht vor der Anfertigung von Röntgenaufnahmen durch Unkundige. — Es gelingt schon nach wenigen Jahren, bei Kindern bereits nach einem Jahre, nicht immer, einen vorhanden gewesenen Knochenbruch durch Röntgenstrahlen nachzuweisen, besonders wenn die Aptierung der Bruchenden gut war; es ist deshalb Vorsicht in der Beurteilung geboten.

In einem andern Falle wurde das Os peroneum, ein Sesambein in der Peroneussehne, für ein abgesprengtes Knochenstück des Os naviculare gehalten; in einem dritten konnte aus dem Vorhandensein eines Bruches des Proc. styl. ulnae auf das Vorhandensein einer Zerrung der Epiphysenlinie des Radius geschlossen werden, obschon ein Röntgenbefund nicht vorlag. Eine besonders genaue Aufnahme ermöglichte es, die Diagnose auf eine Zerrung der Sehne des M. tibialis zu stellen, da das in ihr liegende Sesambein unscharfe Umrisse zeigte.

Interessant ist noch folgende Beobachtung. Einer Wärterin fiel ein Gipsmodell auf die kleine Zehe; bei der Röntgenaufnahme erkennt man deutlich die beiden Interphalangealspalten; die distale erscheint jedoch feinzackig und schmal. Die Aufnahme der gesunden Seite ergibt Verschmelzung der beiden letzten Glieder der fünften Zehe, was bei $1/3$ aller Menschen vorkommt. Also doch ein Bruch! Niehues-Berlin.

Neurologie und Psychiatrie.

Über Facialis- und Hypoglossusparese nach Spontangeburt.

Von Stein.

(Zentralbl. f. Gyn. Nr. 11 1905.)

Die Erklärung für diesen enorm seltenen Befund findet S. mit Kehrer in einem Bluterguß an der Basis cerebri, welcher beim Durchtritt des Kopfes durch den Beckenausgang sich gebildet hat, da ein Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken nicht bestand. Heilung erfolgte am 21sten Tage p. p.

Schwarze.

Über Bauchmuskellähmung bei Poliomyelitis anterior acuta im Kindesalter.

Von J. Ibrahim und O. Hermann.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 29. Band. 1.—2. Heft.)

Die Verfasser machen an der Hand eigener Beobachtungen auf die bisher wenig beobachtete Tatsache aufmerksam, daß bei Poliomyelitis acuta anterior auch die Bauchmuskulatur, vor allem die transversale, und auf der einen Seite meist stärker ergriffen sein kann; meist ist auch die Rückenmuskulatur befallen, während der rectus abdominis fast stets verschont bleibt. Beim Schreien oder Weinen der Kinder zeigt sich eine kugelartige oder ovale Auftreibung der Bauchwand; diese Partie ist weich und eindrückbar. Vorgeschrittene Atrophie läßt die Bauchwand dünn wie ein Tuch werden. Vielfach handelt es sich um partiell lokalisierte Atrophie im Bereich der queren Muskulatur; bei der Palpation bekommt man den Eindruck einer Lücke in der Muskulatur, so daß in einem solchen Falle früher Hernie diagnostiziert war. Bei der Differentialdiagnose ist eine eingehende Untersuchung des Nervensystems auf sonstige Lokalisationen der Poliomyelitis von ausschlaggebender Bedeutung.

Schultze.

Ein Fall von isolierter peripherer Lähmung des Nervus medianus infolge Narbendruckes nach Verletzung des Arcus volaris sublimis arteriae ulnaris, geheilt durch Thiosinamininjektion.

Von Dr. Aronheim-Gevelsberg.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 5.)

Am 15. September v. J. kam zu Aronheim ein Mann mit einer stark blutenden Schnittverletzung der linken Handfläche. Die Untersuchung ergab, daß außer kleineren Gefäßen der Arcus volaris sublimis durchschnitten war, dagegen weder Nerven noch Sehnen verletzt waren. Unterbindung, Tamponade, Heilung und Entlassung am 20. Oktober. Anfang November kam der Verletzte wieder mit Klagen über Beweglichkeitsstörungen der linken Hand. Es fanden sich schwere motorische, sensible, vasomotorische und trophische Störungen, wie sie für eine Medianuslähmung charakteristisch sind. Offenbar konnte es sich nur um Druck und Zerrung der Nerven durch Narbengewebe handeln. Eine Operation verweigerte der Verletzte, und so entschloß sich Verfasser zu Injektionen von Thiosinamin in die Narbe. Sie waren sehr schmerzhaft, führten aber zur Heilung, so daß der Verletzte am 16. Dezember seine Arbeit mit nur geringer Einbuße an Erwerbsfähigkeit wieder aufnehmen konnte.

Lehfeldt.

Ein Beitrag zur Lehre von der Muskelabmagerung.

Von Dr. Marcus, leitendem Arzt der Posener Anstalt zur Behandlung von Unfallverletzten.

(Monatsschr. f. Unfallkunde 1905. Nr. 7. S. 202.)

Verfasser beschreibt drei Fälle von direkter Muskelatrophie nach Verletzung peripherer motorischer Nerven, in denen ja überall trophische Fasern verlaufen. Im ersten Falle bestand drei Monate nach einer Quetschung der rechten Hand hochgradige Atrophie der Interossei; im zweiten 8 Wochen nach einer Quetschung der Schulter fast vollkommener Schwund des Deltoides; im dritten ebenfalls drei Monate nach der gleichen Beschädigung des rechten Oberschenkels Schwund des Vastus internus. Alle Fälle mit Funktionsstörungen, die um so umfänglicher ausfielen, je weniger andere Muskeln für die außer Tätigkeit gesetzten eintreten konnten. Die Prognose im Hinblick auf den atrophierten Muskel ist schlecht. Das vollständige Versagen der üblichen Behandlung mit Elektrizität, Massage, Übungen, Bädern liefert den Beweis für den Grad der Zerstörung, welche die innervierenden Fasern getroffen haben muß. Je mehr trophische Nervenfasern von der Verletzung vernichtet werden, um so schneller und verbreiteter ist der nachfolgende Muskelschwund; die Behandlung ist um so erfolgloser, je mehr sich bei ihrem Beginn die galvanische und faradische Reaktion erloschen zeigen. Mancher Verletzte, der lokale Atrophien auf verhältnismäßig unbedeutende Beschädigungen bezieht, dürfte mit Unrecht in den Verdacht der Übertreibung gekommen sein. Verfasser glaubt, daß Muskelatrophie durch direkte Muskelschädigung häufiger ist, als man bisher anzunehmen pflegte. Der Aufmerksamkeit der Ärzte sind derartige Fälle in hohem Maße wert; denn möglichst frühzeitige Behandlung ist bei ihnen noch wichtiger, als bei der gewöhnlichen Inaktivitätsatrophie.

Ktg.

Über eine bisher noch nicht bekannte Begleiterscheinung der Parese des Nervus peroneus.

Von Dr. Hans Hirschfeld-Berlin.

(Berl. klin. Woch. 1905, No. 11)

Wenn man einem Patienten mit Parese der vom Nervus peroneus versorgten Muskeln aufgibt, den Fuß dorsal zu flektieren, so wird die Größe der Exkursion des Fußes abhängig sein von dem Grade der vorhandenen Lähmung. Hirschfeld hat nun gefunden, daß der Winkel, um welchen die Dorsalflexion

des Fußes bei Peroneuslähmungen stattfindet, bei gestrecktem Beine ein geringerer ist, als wenn man das Bein im Kniegelenk beugt. Die Erklärung findet Hirschfeld in den anatomischen Verhältnissen der Unterschenkel-Muskulatur. Beim Heben des Fußes ist zuerst dessen Schwere zu überwinden, die ja in jeder Lage des Beines konstant ist. Daneben aber muß der antagonistische Widerstand der Wadenmuskulatur überwunden werden, und dieser ist bei gestrecktem Bein größer, weil die Wadenmuskeln dabei angespannt sind. Wird das Knie gebeugt, so werden die Ansatzpunkte der Wadenmuskulatur einander genähert. Diese wird dadurch schlaffer und setzt der Dorsalflexion des Fußes geringeren Widerstand entgegen.

Lehfeldt.

„Intermittierendes Hinken“ eines Armes, der Zunge und der Beine. (Dyskinesia intermittens angiosclerotica).

Von Determann.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 29. Band, 1.—2. Heft.)

Der 51-jährige Kaufmann zeigte eine Muskelschwäche im rechten Arm und in der Zunge, die völlig der seiner Beine entsprach. Diese letztere war nach ihrer Symptomatologie als intermittierendes Hinken aufzufassen, zumal an beiden Beinen der Puls an der Arteria dorsalis pedis und tibialis postica fehlte; die große Zehe rechterseits war früher wegen Gangrän amputiert worden. Gleichartige einfache Bewegungen des rechten Armes werden zuerst gut ausgeführt, werden dann langsamer, steifer und versagen nach 5—8 Minuten; der Arm wird durch Muskelsteifigkeit auch passiv schwerer beweglich. Nach halbstündiger Ruhe völlige Wiederherstellung. Kompliziertere Bewegungen können längere Zeit ausgeführt werden. Links ist das Symptom nur angedeutet. Die Zungenbewegungen werden nur schwächer, ohne ganz zu versagen.

Da man hier nicht gut von intermittierendem Hinken reden darf, schlägt Verfasser in Anlehnung an die bekannte Terminologie Erbs den Ausdruck Dyskinesia (oder Akinesia) intermittens angiosclerotica vor.

Der Kranke stammt aus einer ausgesprochen arteriosclerotischen Familie und leidet selbst an einer fortgeschrittenen Arteriosclerose. Der Kranke, übrigens Russe und Jude, war zudem starker Raucher. Als Schreiber hat er den rechten Arm mehr als andere gebraucht, was die eigenartige Lokalisation erklären könnte.

Schultze.

Über schmerzende Füße.

Von Dr. Idelsohn-Riga.

(St. Petersburger medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 3.)

Idelsohn hatte Gelegenheit, im Bade Kemmern eine große Anzahl Kranker, deren hauptsächliche Klagen sich auf Schmerzen in den Füßen bezogen, zu beobachten und bespricht mit Übergehung derjenigen Leiden, bei denen die Ursache des Schmerzes durch lokale Knochen- oder Gelenkleiden hervorgerufen wird oder in beginnender Tabes, Myelitis, Wirbelkaries, in einem Rückenmarkstumor usw. zu suchen ist, die Krankheitszustände, welche bei oberflächlicher Betrachtung keine augenfälligen Veränderungen an den Beinen darbieten, und zwar unter gleichzeitiger Betonung der differentialdiagnostischen Momente.

Ischias (28 %). Meist einseitig; akuter Beginn; Druckpunkte; häufiges Fehlen des Achillesreflexes; Schmerzen exazerbieren nachts; Bewegung ohne wesentlichen Einfluß, in chronischen Fällen sogar die Schmerzen lindernd; Skoliose; Lasèguesches Phänomen (Schmerz beim Strecken des im Hüftgelenk flektierten Beines und Nachlassen des Schmerzes beim Beugen im Kniegelenk).

Sklerose der Fußarterien (17 %). Häufig einseitig; Fehlen der Fußpulse; typische Schmerzen, beim Gehen auftretend, in der Ruhe schwindend („intermittierendes Hinken“).

Plattfuß (12 %). Häufig doppelseitig; Abflachung des Fußgewölbes; Stehen schmerzhafter als Gehen; Gehen in Stiefeln angenehmer; Lokalisation des Schmerzes im Knie oder der Innenseite des Unterschenkels; vasomotorische Begleiterscheinungen. Kombination mit Arteriesklerose zu prüfen!

Gicht, Fettsucht. Meist doppelseitig: Gichtknoten auf dem Fußrücken und an den Fingern; Schmerzen in der Ruhe am größten, nehmen bei Bewegung ab; Allgemeinzustand!

Hysterie. Meist doppelseitig; in der Ruhe Zunahme der Schmerzen; gleiche Schmerzen in der gleichseitigen Hand; Einfluß psychischer Faktoren auf die Entstehung der Schmerzen; hysterische Sensibilitätsstörungen; hysterischer Allgemeinzustand!

Neurasthenie. Meist doppelseitig; Bewegung und Ablenkung bessert die Schmerzen; sonstiger negativer Befund; Allgemeinzustand!

Anämie. Meist doppelseitig; Auftreten nach längerem Gehen; Fehlen in der Ruhe; Allgemeinzustand!

Niehues-Berlin.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Die 22. Jahresversammlung des „Deutschen Vereins gegen den Mißbrauch geistiger Getränke“,

die vom 17. bis 19. Oktober 1905 in Münster abgehalten wurde, hatte einen äußerst befriedigenden Verlauf; wie vom Vorstandstische gelegentlich bemerkt wurde, hob sich diese Tagung weit über die vorhergehenden hinaus — dank der rührigen Tätigkeit des unter dem Vorsitz des Regierungspräsidenten von Gescher stehenden und vorbildlich wirkenden Bezirksvereins Münster, der im Verein mit der gastlichen Stadt in jeder Beziehung alles getan hatte, um der großen Zahl der Teilnehmer den Aufenthalt angenehm zu machen und für einen würdigen Verlauf der Verhandlungen zu sorgen.

Nach einem durch Musikvorträge und schöne turnerische Leistungen der Münsterer Jugend belebten geselligen Beisammensein im Zentralhofe am Abend des 17. Oktober folgte am nächsten Vormittage die Sitzung des Verwaltungsausschusses in dem altehrwürdigen Rathause, unter dem Vorsitze des Senatspräsidenten Dr. von Strauß und Torney, der mit großem Geschick auch die spätere öffentliche Versammlung leitete. Aus der Reihe der hier vorgetragenen und besprochenen Gegenstände sei kurz folgendes als besonders interessierend hervorgehoben:

Was die Organisation des Vereins betrifft, so umfaßt derselbe zurzeit etwas über 19000 Mitglieder, das bedeutet einen Zuwachs von 4000 in den letzten beiden Jahren; während dieses Zeitraums sind 29 neue Bezirksvereine hinzugekommen.

Hinsichtlich der Agitation sind durch Eingaben an Behörden, Kreisausschüsse, Ärztevereine, Versicherungsanstalten u. a. m., ferner durch Vorträge des rührigen Geschäftsführers usw. manche privaten und korporativen Mitglieder gewonnen und ist das Interesse für die Bestrebungen vermehrt und neu geweckt; so sind jetzt 60 Kreisausschüsse mit jährlichen Beiträgen von 5—100 Mark als korporative Mitglieder zu verzeichnen.

Die Schriften, sowohl die regelmäßigen Veröffentlichungen als auch Broschüren, Flugblätter usw., sind wesentlich vermehrt. Die „Mäßigkeitsblätter“ erscheinen jetzt in einer Auflage von 17500 Exemplaren. Von neueren schriftstellerischen Arbeiten ist besonders zu erwähnen: „Die vorbeugende Bekämpfung des Alkoholismus durch die Schule“ von Rektor Stadeczek, ein größeres Werk, das die Aufmerksamkeit in hohem Maße beansprucht und eine längst empfundene Lücke auszufüllen berufen ist.

Als wichtigstes und erfreulichstes Zeichen der Wertschätzung der Bestrebungen des Vereins an hoher und höchster Stelle wurde die kurz vor der Sitzung an den Vorsitzenden eingetroffene Mitteilung des Reichsmarineamts bezeichnet, daß Se. Majestät die dahingehenden Anträge des Vereins genehmigt hat, daß nämlich eine kleine Schrift „Alkohol und Wehrkraft" jedem neu eintretenden Rekruten übergeben werden soll. Eine Frage der Zeit nur wird es sein, daß das gleiche bei den Landtruppen eingeführt wird.

Die Finanzfrage des Vereins wurde als befriedigend bezeichnet; die Einnahmen betrugen für das Jahr 1904 45 492 M. (das ist gegen das Vorjahr ein Mehr von 7904 M.).

Soviel aus dieser Ausschußsitzung, die im übrigen nach vielen Richtungen hin allerlei Anregungen zum weiteren Ausbau des Vereins (z. B. nach der Seite, daß die Frauen noch mehr als bisher zu der Arbeit herangezogen werden mögen) und zur praktischen Betätigung bot.

Es folgte am Abend dieses Tages, nachdem am Nachmittage eine interessante, recht anregende Jahresversammlung des „Verbandes von Trinkerheilstätten des deutschen Sprachgebietes" stattgefunden hatte, ein öffentlicher Begrüßungsabend in dem recht großen, aber für die Zahl der Besucher noch zu kleinen Saale des Arbeiterhauses in Münster. Der Vorsitzende des Bezirksvereins Münster, Regierungspräsident von Gescher, eröffnete die Reihe der Ansprachen durch einen warmherzigen, mit größtem Beifall aufgenommenen Appel zur Mitarbeit an dem großen Kampfe gegen den Alkoholismus, einen Feind, der unvergleichlich größere Wunden fortgesetzt dem deutschen Volkskörper beibringe, als es die verheerendsten Kriege getan. Es folgten Ansprachen über die **Alkoholfrage** in ihrer Bedeutung

für den einzelnen von Dr. med. Becher-Münster,
für die Frau von Frau Professor Götze-Braunschweig,
für die Familie von Landesrat, Landtagsabgeordneter Schmedding-Münster,
für die Kommune von Dr. med. Laquer-Wiesbaden,
für den Staat von Regierungsassessor von Treskow-Münster,
für die Kolonien von Professor Dr. Serres-Münster.

Alle diese Ansprachen, mit Geschick auf berufene Redner verteilt, waren recht wirkungsvoll; doch verdient besonders hervorgehoben zu werden Frau Professor Götze, die in wohl ausgearbeitetem Vortrage in außerordentlich packender und ergreifender Weise die Gefahren des Alkohols besonders für die heranwachsende männliche Jugend und die Aufgaben, die dadurch der Frau besonders als Mutter und Schwester erwachsen, schilderte.

Am letzten Tage fand schließlich im großen Rathaussaale die öffentliche Versammlung des Vereins statt, die recht stark besucht und von vielen Vertretern von Reichs-, Staats-, Kirchen- und anderen Behörden und zahlreichen Vereinen etc. beschickt war. Unter den Begrüßungsrednern sind hervorzuheben: der Oberpräsident der Provinz Westfalen und der einzige Vertreter des Auslandes, der Vorsitzende des holländischen Volksbond, welch letzterer mit großer Begeisterung auf die gemeinsamen Bestrebungen der Völker, ohne Unterschied politischer Grenzen, hinwies und zum Besuche der Versammlungen in seinem Vaterlande einlud. Als Vortragsgegenstände standen auf der Tagesordnung:

Arbeiterversicherung und Alkoholismus. Referent: Regierungsrat Dr. Weymann-Berlin.

1. Jede Schwankung der Volksgesundheit drückt sich im Haushalte der Arbeiterversicherung in großen Zahlen als Gewinn oder Verlust aus.

2. Der Alkoholmißbrauch steigert die Kosten der Arbeiterversicherung

a) in der Kranken- und in der Invalidenversicherung
   unmittelbar dadurch, daß er zum Delirium, zu Geistes- und Nervenkrankheiten, zu Erkrankungen des Magens, der Leber und anderer innerer Organe führt,
   mittelbar dadurch, daß er auf Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten und Nervenkrankheiten mächtig fördernd wirkt, die Heilung anderer Krankheiten erschwert und verzögert;

b) in der Unfallversicherung
   unmittelbar dadurch, daß er die Neigung und Fähigkeit, Unfälle zu vermeiden, erheblich verringert,
   mittelbar dadurch, daß er die Folgen der Unfälle erheblich erschwert;

c) auf allen drei Gebieten dadurch, daß er die Arbeitslust verringert und die Begehrlichkeit nach der Rente bzw. dem Krankengelde steigert, sowie die Entstehung einer widerstandsunfähigen Nachkommenschaft hervorruft.

3. Der Alkoholmißbrauch in diesem Sinne setzt keineswegs voraus, daß alkoholische Getränke bis zur Berauschung genossen werden.

4. Der Alkoholismus gehört zu den schwersten Schäden der Volksgesundheit. Ihn bekämpfen heißt daher unmittelbar die Interessen der Arbeiterversicherung fördern. Das wird in erhöhtem Maße gelten nach Einführung der Witwen- und Waisenversicherung, Erweiterung der Krankenversicherung und nach Eintritt der aus dem Gesetze sich ergebenden Steigerung der Invalidenrenten bis zum Beharrungszustande.

5. Die Organe der Arbeiterversicherung können und sollen im Interesse der Versicherung zur Bekämpfung des Alkoholismus mitwirken,

a) insgesamt dadurch, daß sie die zur Beurteilung der Alkoholfrage unentbehrliche sichere Kenntnis der wissenschaftlichen Forschungsergebnisse sich selbst aneignen und zu verbreiten suchen, besonders in dem großen Kreise der Vertreter von Arbeitgebern und Versicherten,
   Die Gewinnung von zahlenmäßigen Nachweisen über die schädlichen Wirkungen des Alkoholmißbrauchs fördern.
   Das Gewicht ihres Ansehens zur Bekämpfung des Alkoholismus in der Öffentlichkeit geltend machen;

b) Krankenkassen und Versicherungsantalten dadurch, daß sie solchen Trinkern, die von der Trunksucht geheilt zu werden wünschen, Anstaltsbehandlung gewähren;

c) die Versicherungsanstalten dadurch, daß sie die dem Alkoholmißbrauch entgegenwirkenden Wohlfahrts-Einrichtungen finanziell unterstützen;

d) die Berufsgenossenschaften dadurch, daß sie die Unfallverhütungsvorschriften im Sinne der Bekämpfung des Alkoholmißbrauchs ausbauen, und daß sie, geeignetenfalls durch Auflegung von Zuschlägen oder Bewilligung von Nachlässen am Umlagebeitrag, in den Kreisen der Berufsgenossen das Interesse für diejenigen Betriebseinrichtungen zu fördern suchen, welche den Arbeitern die Einschränkung des Alkoholverbrauchs nahe legen und erleichtern.

6. Die gesetzlichen Vorschriften, welche die Zahlung von Barbeträgen an Trinker einschränken, bedürfen der Ausgestaltung.

7. Die wichtigsten Mittel zur Bekämpfung des Alkoholismus sind die unter 5a genannten, weil eine durchgreifende Besserung nur von einer Umwandlung der Volksgesinnung und der Volksgewohnheiten erwartet werden kann.

Das Wirtshaus auf dem Lande. Referent: Heinrich Sohnrey-Berlin.

I. Die Begleit- und Folgeerscheinungen des Alkoholismus auf dem Lande sind in manchen Gegenden zum mindesten ebenso schlimm, wie in den Städten. Dies zeigt ein Blick:

1. in die ländlichen Familienverhältnisse. (Zerrüttung des Familienlebens durch den Branntwein. Minderwertige Ernährung. Zu frühes Gewöhnen der Kinder an den Alkoholgenuß. Kindersterblichkeit usw.);
2. in die ländlichen Vermögens- und Erwerbsverhältnisse. (Zerrüttung der Wirtschaft; Zurücksinken vieler selbstständiger Existenzen in unselbständige usw.);
3. in die ländlichen Erholungs- und Vergnügungsverhältnisse. (Die Wirtshäuser sind der Mittelpunkt aller geselligen Veranstaltungen, sowohl für Erwachsene, wie für Jugendliche.)

II. Wie bei anderen sozialen Problemen und Anfgaben, so ist auch im Kampfe gegen den Alkoholismus der Schwerpunkt der Arbeit fast ausschließlich auf die Städte gelegt worden, — sehr zu unrecht. Die Verhältnisse auf dem Lande sind durchaus auch reformbedürftig und erfordern eine umfassende Wohlfahrtspflege und zwar sowohl aus sozialen wie aus nationalen Gründen.

1. Zur Erhaltung eines gesunden Bauernstandes als Kraftquell und Jungborn des Volkstums im allgemeinen.
2. Zur Erhaltung der Wehrkraft im besonderen.

III. Die Reformarbeit ist auf dem Lande im allgemeinen vergleichsweise leichter und der Erfolg sicherer, weil die Verhältnisse leichter zu fassen sind. Allerdings erschwert sich die Arbeit auch wieder durch die eingewurzelten Vorurteile.

1. Ursache und Wirkungen, Verschiedenheit der Notstände sind leichter zu übersehen.
2. Geistliche, Lehrer, Schultheiß, Ärzte können leichter eingreifen als in den großen Städten.

IV. Im einzelnen kann und muß auf folgenden Wegen die Besserung angestrebt werden durch:

1. Aufklärung:

   Durch ärztliche Vorträge an Gemeindeabenden, Belehrung durch die Volks- und Fortbildungsschulen. Die Schulinspektoren sollten ihre Prüfungen nach dieser Richtung hin ausdehnen. Anleitung in den Lehrerbildungsanstalten durch die Seminarärzte.

2. Einrichtungen:

   a) Es müssen Vorkehrungen getroffen werden, die der Hauptursache des Wirtshauslebens, dem Bedürfnis nach Geselligkeit, nach Ausfüllung der Mußezeit entgegenkommen, ohne zum Trinken zu reizen. (Gemeindehaus, Volks- und Jugendbibliothek; Volks- und Familienabende, Theaterspiel, Gesang- und Musikvereine im Gemeindesaal; Jugend- und Volksspiele, Veredelung der Volksfeste, die in jetziger Gestalt durchweg nur Trinkgelage sind. Handfertigkeitsunterricht, bäuerlicher Kunstfleiß usw.).
   b) Wo in Dorfgemeinden noch althergebrachte Gemeindehäuser vorhanden sind, da ist durchaus zu verhüten, daß diese Häuser aus dem Gemeindebesitz in das Privateigentum von Wirten oder, was noch viel schlimmer ist, an Aktienbrauereien übergehen.
   c) Schaffung von Reformgasthäusern im Sinne des Gothenburger Systems, möglichst in allen Kreisen, wenn auch zunächst nur, um Vorbilder zu gewinnen und Erfahrungen zu sammeln. Kreisverwaltung, Fiskus, Grundherrschaft, Kirche, Gemeinde und gemeinnützige Gesellschaften müssen dabei Hand in Hand gehen.
   d) Die Spareinrichtungen auf dem Lande selbst müssen so vermehrt werden, daß jeder Landbewohner zu jeder Zeit seine Spargroschen ohne Umstände zinstragend anlegen kann.
   e) Jedes Mädchen auf dem Lande muß Gelegenheit erhalten, sich die Elementarkenntnisse aus dem Gebiete der Hauswirtschaft anzueignen, sei es durch Wanderkochkurse, Konfirmandenküchen und dergleichen.
   f) Reichliche Herstellung und billige Abgabe guter, alkoholfreier Getränke aus Obst- und Fruchtsäften.

3. Gesetze und Verwaltungen:

   a) Die Erteilung der Schankkonzessionen ist reformbedürftig. Es dürfen nicht nur verwaltungsamtliche oder polizeiliche Gesichtspunkte maßgebend sein.
   b) Der Gemeindevorsteher sollte nie zu gleicher Zeit Wirt sein.
   c) Der Jugend sollte im fortbildungsschulpflichtigen Alter der Besuch im Wirtshaus untersagt werden, jedoch nur, wenn die unter IV, 2 aufgeführten Wohlfahrtseinrichtungen genügend vorhanden sind.
   d) Verbot von Verpachtungen und Versteigerungen in Wirtshäusern.

Beide Vorträge boten des Interessanten viel; besonders der erste Vortragende verstand es, durch seine auf großer Sachkenntnis und eingehendem Studium beruhenden Ausführungen, die er in äußerst fesselnder Weise, frei vortragend, vorbrachte, die Versammlung $1\frac{1}{2}$ Stunden lang in gespannter, nur von Beifallsbezeugungen unterbrochener Aufmerksamkeit zu halten.

Daß Frohsinn und Herzlichkeit auch bei dieser Vereinigung, in der sich die Mäßigkeitsfreunde mit den Abstinenten in Waffenbrüderschaft vereint zeigten, nicht zu fehlen braucht und nicht fehlt, bewies die der öffentlichen Versammlung folgende Festtafel. Solbrig.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Ascher, L., Der Einfluß des Rauches auf die Atmungsorgane. Eine sozialhygienische Untersuchung für Mediziner, Nationalökonomen, Gewerbe- und Verwaltungsbeamte sowie für Feuerungstechniker. Mit 4 Abbildungen und zahlreichen Tabellen. Stuttgart. Verlag von Ferdinand Enke. 1905.

Die anregende Studie von Ascher verdient die sorgfältigste Berücksichtigung seitens der Hygieniker und weitere eingehende Nachprüfung.

Die Ergebnisse der statistischen, pathologischen, anatomischen und experimentellen Untersuchungen des Verfassers lassen sich dahin zusammenfassen, daß die Sterblichkeit an akuten Lungenkrankheiten sich in einer beständigen Zunahme befindet, am stärksten bei Kindern und Greisen.

Die Ursache dieser Zunahme ist die zunehmende Verunreinigung der Luft durch Rauch.

Hand in Hand mit der Zunahme der akuten Lungenkrankheiten geht eine Abnahme des Sterbealters der Tuberkulösen, d. h. ein schnellerer Verlauf der Tuberkulose.

Tierexperimente ergaben, daß tuberkulöse Tiere, welche mehr Rauch einatmeten, durchschnittlich schneller starben, als solche, welche weniger Rauch einatmeten. Sie ergaben ferner, daß Tiere, welche mehrere Wochen mäßige Mengen Rauch eingeatmet hatten, durch die Inhalation von Aspergillus Lungenentzündung bekamen, die Kontrolltiere aber nicht.

Aus diesen statistischen und pathologischen Untersuchungen zieht der Verf. den Schluß, daß die Verunreinigung der Luft durch Rauch eine Prädisposition für akute Lungenkrankheiten bewirkt und den Verlauf der Tuberkulose beschleunigt.

Wenn der Verf. einleitend hervorhebt, daß die Hygiene im allgemeinen und die Gewerbehygiene im besonderen an diesen Fragen bisher vorübergegangen sei, so möchte Verf. nicht unerwähnt lassen, daß er in seinem Kompendium der Gewerbekrankheiten*) darauf hingewiesen hat, daß für die Morbidität und Mortalität der Bewohner einer Ortschaft die Umgebung und die dadurch bedingte Beschaffenheit der Luft, namentlich ihr Gehalt an Staub nicht gleichgültig ist, während an anderer Stelle**) der Rauchplage eingehend gedacht ist. Da aber der Rauch zum großen Teil den Wohnungsöfen und vor allem dem Kleingewerbe seinen Ursprung verdankt, möchte Referent meinen, daß auch hier eine Vielheit von Faktoren in Frage kommt, deren Feststellung eingehenden Spezialuntersuchungen vorzubehalten ist; dabei wird vor allem auch die Umgebung der Ortschaften und die dadurch bedingte Beschaffenheit der Luft zu berücksichtigen sein. Nicht erklärt ist durch die Annahme Aschers die Tatsache, daß in den Städten die Säuglingssterblichkeit in den letzten Jahrzehnten erheblich abgenommen hat, auf dem Lande fast gar nicht, daß die männliche Bevölkerung in den Städten an den Krankheiten der Atmungsorgane in allen Lebensaltern stark beteiligt ist, daß sich aber nach Ballod auch auf dem Lande eine Zunahme dieser Erkrankungen beim weiblichen Geschlecht im Alter von 30 bis 40 Jahren bemerklich macht.

E. Roth-Potsdam.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Gesundheitsschädigung durch Vulkanisieren unter Verwendung von Schwefelkohlenstoff. Unterschied zwischen Betriebsunfall und Betriebskrankheit. Feststellung der Entschädigung wegen letzterer im ordentlichen Rechtswege.

Urteil vom 19. Februar 1903.

In Sachen der Allgemeinen Elektrizitätsgesellschaft, Aktiengesellschaft in B., vertreten durch den Direktor R. daselbst, Beklagte und Revisionsklägerin, wider den Drechsler O. S. in B., Kläger und Revisionsbeklagten, hat das Reichsgericht, Sechster Zivilsenat, . . . für Recht erkannt: Die gegen das Urteil des Neunten Zivilsenats des Königl. Preuß. Kammergerichts zu Berlin vom 23. Mai 1902 eingelegte Revision wird zurückgewiesen . . .

Tatbestand:

Der Kläger hat in der Zeit vom Oktober 1898 bis zum 4. Juni 1900 und dann vom 16. bis 28. Juni 1900 bei der Beklagten in deren Kabelwerk zu O. als Gummidreher gearbeitet. Er ist infolge schwerer Krankheit erwerbsunfähig geworden und führt diese Krankheit darauf zurück, daß er sich in einem ungesunden Arbeitsraume habe aufhalten und darin nicht bloß giftige Gase einatmen, sondern auch die dort aufbewahrten und daher giftdurchzogenen Speisen habe verzehren müssen; es sei in dem Raum unter Verwendung von Schwefelkohlenstoff vulkanisiert worden. Mit der Behauptung, daß die Beklagte die ihr nach § 618 B.-G.-B., § 120a Gew.-O. obliegenden Verpflichtungen nicht erfüllt habe, hat er von ihr im März 1901 klagend die Zahlung einer wöchentlichen Rente von 26,50 M. bezw. 37 M. gefordert.

Auf seinen Antrag hat das Kammergericht als Beschwerdeinstanz durch einstweilige Verfügung vom 20. September 1901 angeordnet, daß ihm die Beklagte bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Rechtsstreits einstweilig eine wöchentliche Rente von 21 M. in 14tägigen Vorauszahlungen zu entrichten habe. Die Beklagte hat hiergegen Widerspruch erhoben und die Aufhebung der Verfügung beantragt; der Kläger hat um deren Aufrechterhaltung gebeten. Diesem Antrage gemäß hat das Landgericht erkannt; die Berufung ist zurückgewiesen worden. Die Beklagte hat Revision eingelegt mit dem Antrag, das Berufungsurteil und die einstweilige Verfügung aufzuheben. Der Kläger hat um Zurückweisung der Revision gebeten.

Entscheidungsgründe:

Die Beklagte hat in der Vorinstanz geltend gemacht, daß, wenn der Kläger überhaupt infolge der Arbeit bei ihr erkrankt sei, es sich nur um einen Betriebsunfall, nicht um eine Betriebskrankheit handeln könne. Sie sei daher nach dem Gewerbeunfallversicherungsgesetz dem Kläger nicht schadensersatzpflichtig und die Beschreitung des Rechtsweges überhaupt ausgeschlossen. Im Anschluß hieran hat sie die Aussetzung der Verhandlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung der versicherungsamtlichen Instanzen beantragt. Das Berufungsgericht hat auf diesen Antrag einen besonderen Beschluß nicht erlassen, dagegen im angefochtenen Urteil folgendes ausgeführt: Dem Aussetzungsantrag sei nicht zu entsprechen gewesen, ganz abgesehen davon, daß dieses Verlangen mit dem durch die Berufungseinlegung verfolgten Zweck der Beseitigung der einstweiligen Verfügung in unmittelbaren Widerspruch trete, da eben bei Aussetzung des Verfahrens die einstweilige Verfügung während der Aussetzung in Kraft bleibe und befolgt werden müsse. Denn nach der Darstellung, die der Kläger über die Entstehung seiner Krankheit und ihrer Verursachung gegeben habe, sei nicht glaubhaft, daß ein Betriebsunfall vorliege. Es handle sich nicht um eine plötzlich und unvorhergesehene und unvorhersehbar eingetretene Schädigung des Klägers durch einen einzelnen, im Betriebe vorgekommenen Vorfall, sondern um die allmähliche Entstehung und das allmähliche Zutagetreten einer auf die Tätigkeit des Klägers in der Fabrik der Beklagten zurückzuführenden Beeinträchtigung seiner körperlichen Gesundheit, eine recht eigentliche Betriebskrankheit. Dies sei nach den vorgetragenen eidesstattlichen Versicherungen so glaubhaft, daß eine abweichende Auffassung der Sachlage durch die berufsgenossenschaftlichen Instanzen für kaum möglich zu erachten sei, und daß es sich daher nicht empfehle, von der Aussetzungsbefugnis des § 148 Z.-P.-O. Gebrauch zu machen, um so weniger, als nicht behauptet werde, daß ein Verfahren bei der Berufungsgenossenschaft bereits anhängig sei.

Die Revision rügt, daß dem Aussetzungsantrag der Beklagten ohne ausdrückliche Prüfung der Zulässigkeit des Rechtswegs nicht stattgegeben worden sei. Ob die Beklagte in Erwartung eines definitiven Obsiegens es auf die Gefahr ankommen lasse, während der Dauer der Aussetzung weiter zahlen zu müssen, sei lediglich ihre Sache und stehe dem Antrag nicht entgegen. Im übrigen sei § 135 Absatz 3 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes eine prozessuale Vorschrift, die auch auf schwebende Verfahren und Ansprüche aus vor dem 1. Oktober 1900 stattgehabten Unfällen Anwendung finde. Nach dieser Vorschrift sei das Berufungsgericht verpflichtet gewesen, die Verhandlung bis zur rechtskräftigen Entscheidung der berufsgenossenschaftlichen Instanzen auszusetzen. So lange eine solche Entscheidung nicht ergangen sei, sei der Rechtsweg unzulässig. Das Berufungsgericht habe aber auch eine positive Feststellung dahin, daß ein Betriebsunfall nicht vorliege, nicht getroffen; eine solche würde überhaupt nur von jenen Instanzen haben getroffen werden können.

Diese Ausführungen sind durchaus unbegründet. Zunächst mag darauf hingewiesen werden, daß das Berufungsgericht eine Aussetzung nicht deswegen für unzulässig hält, weil sie dem

---

*) Kompendium der Gewerbekrankheiten. Verlag von Richard Schoetz, Berlin 1904. S. 116.

**) l. c. S. 250.

eigenen Interesse der Beklagten widersprochen haben würde. Es kann andererseits aber auch dahingestellt bleiben, ob es mit dem Zwecke einer einstweiligen Verfügung — der Vereitelung oder wesentlichen Erschwerung der Verwirklichung des Rechts einer Partei vorzubeugen oder sonstige wesentliche Nachteile oder drohende Gewalt zu verhindern (§§ 935, 940 Z.-P.-O.) — vereinbar sein würde, die Verhandlung und Entscheidung über die Rechtmäßigkeit der einstweiligen Verfügung, mithin über die Herstellung eines provisorischen Rechtszustandes wiederum in der Schwebe zu lassen, bis in einem anderen Verfahren eine Entscheidung ergangen ist. Es kann auch unerörtert bleiben, ob die Beklagte als Revisionsgrund geltend machen könnte, daß das Berufungsgericht zu Unrecht die Verhandlung nicht ausgesetzt haben sollte, wie endlich auch die Ansicht der Revision einer Prüfung nicht bedarf, daß die Bestimmung in Absatz 3 des § 135 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes nicht materieller Natur, sondern eine prozessuale Vorschrift sei, die sofort in jedem schwebenden Verfahren auch über Ansprüche aus Unfällen, die sich vor dem 1. Oktober 1900 ereignet haben, Anwendung leide. Denn die Tragweite, die die Revision dieser Vorschrift beilegt, ist völlig unbegründet. Es wird darin nur bestimmt, daß für das über einen Anspruch der in Absatz 1 bezeichneten Art erkennende Gericht die Entscheidnng bindend ist, welche in dem durch das Gewerbeunfallversicherungsgesetz geordneten Verfahren über die Frage ergeht, ob ein Unfall vorliegt, für den aus der Unfallversicherung Entschädigung zu leisten ist, und in welchem Umfang Entschädigung zu gewähren ist; es wird also vorausgesetzt, daß eine Entscheidung in jenem Verfahren bereits ergangen ist; an diese soll das ordentliche Gericht gebunden sein. Liegt eine solche Entscheidung nicht vor, so hat — wie auch die Motive hervorheben — über die Frage, ob ein entschädigungspflichtiger Unfall vorliegt, das ordentliche Gericht zu entscheiden. Von einer Unzulässigkeit des Rechtswegs kann in dieser Beziehung nicht entfernt die Rede sein; nur wird das Gericht die Klage abzuweisen haben, wenn es einen Betriebsunfall — nicht eine Betriebskrankheit — annimmt und die Voraussetzungen des Absatz 1 nicht gegeben sind. Ebensowenig verpflichtet die Vorschrift im Absatz 3 den Richter, die Verhandlung auszusetzen, bis die berufsgenossenschaftlichen Instanzen darüber entschieden haben, ob ein Betriebsunfall vorliegt oder nicht. Auch die Motive führen nur aus, das ordentliche Gericht sei zu einer solchen Aussetzung nach Z. Pr. O. § 148 „in der Lage", und es werde von dieser Befugnis Gebrauch machen, wenn in einem anhängigen Rechtsstreit ein begründeter Zweifel über die in Rede stehende Frage hervortrete. Das Gericht wird auch, um der Gefahr einer verschiedenartigen Beurteilung vorzubeugen, bei einem derartigen Zweifel, und wenn ein Verfahren nach dem Gewerbeunfallversicherungsgesetz anhängig ist oder alsbald anhängig gemacht werden soll, jedenfalls im ordentlichen Rechtsstreit von der ihm zustehenden Befugnis in der Regel Gebrauch zu machen haben. Wenn aber, wie im vorliegenden Fall, dem Gericht nach Feststellung des Sachverhalts bezüglich jener Frage überhaupt keine Zweifel beigehen, so kann von einer Aussetzung überhaupt nicht und besonders dann nicht die Rede sein, wenn das im Gewerbeunfallversicherungsgesetz geordnete Verfahren noch nicht eingeleitet ist.

Das Berufungsgericht hat nun, wie die Revision ohne jeden Grund bestreitet, als glaubhaft gemacht angesehen, daß nicht ein Betriebsunfall, sondern „eine recht eigentliche Betriebskrankheit" vorliegt, und es hat sich dabei von Erwägungen leiten lassen, die sowohl der ständigen Rechtsprechung des Reichsgerichts (vgl. Entsch. in Zivils. Bd. 44 S. 254, das Urteil des erkennenden Senats Rep. VI 201/01 vom 7. Oktober 1901) und des Reichsversicherungsamt (vgl. die in dem vorerwähnten ersten Urteil angezogenen Entsch.), als auch der in der Literatur herrschenden Meinung (vgl. die Kommentare zum Gewerbeunfallversicherungsgesetz von Woedke-Casper 5. Aufl. zu § 1 Anm. 10, von Gräf-Keidel 3. Aufl. zu § 1 S. 94 ff., von Öfele zu § 1 Note 27 S. 59, von Brandig und Weyer zu § 1 Anm. 11 S. 39) entsprechen.

Die Revisionsklägerin hat ein am 27. August 1902 verkündetes Urteil des Kammergerichts zu Berlin, das in der Sache des Drechslers T. gegen sie über einen im wesentlichen in gleicher Weise begründeten Anspruch ergangen ist, vorgelegt und darauf hingewiesen, daß durch dieses Urteil die auf Antrag T.s gegen sie erlassene einstweilige Verfügung aufgehoben worden ist. Hierauf einzugehen, verbietet schon der Umstand, daß das Urteil nicht Gegenstand der mündlichen Verhandlung in den Vorinstanzen gewesen ist (auch der Zeit seiner Verkündung noch nicht hatte sein können).

Nach S. 7 des Berufungsurteils hat die Beklagte eine Anzahl eidesstattlicher Versicherungen der ebenda genannten sechs Personen vorgelegt, ferner, wie es im unmittelbaren Anschluß hieran S. 8 heißt, „18 Bescheinigungen vorgetragen und die vorgenannten Personen, sowie den Arbeiter R. als Zeugen zu sofortiger Abhörung gestellt." Die Revision macht geltend, der Tatbestand sei unzulänglich, weil nicht zu erkennen sei, wer „die vorgenannten Personen" seien, und worüber sie hätten abgehört werden sollen. Wolle man aber jenen Satz des Tatbestands dahin auslegen, daß die Aussteller sämtlicher vorgetragenen Bescheinigungen zur Abhörung gestellt worden seien, so hätten diese, namentlich B., K. und die P. abgehört werden müssen, was nicht geschehen sei. Auch diese Rüge ist unbegründet. Es kann nicht dem geringsten Zweifel unterliegen, daß unter den „vorgenannten" Personen eben diejenigen und nur diejenigen gemeint sein können, die unmittelbar vorher mit ihren Namen aufgeführt waren, mithin A., K., B., Dr. A., L. und Dr. M., nicht auch die nicht namentlich aufgeführten Unterzeichner der 18 eidesstattlichen Versicherungen, darunter die P., und weiter, daß jene darüber abgehört werden sollten, worüber sie sich in ihren eidesstattlichen Versicherungen ausgesprochen hatten. Nun ist allerdings von den nach dem Vorstehenden zur Abhörung gestellten Personen nur A. als Zeuge abgehört worden. Allein die Unterlassung der Abhörung von L. und Dr. M. rechtfertigt sich schon dadurch, daß diese in ihren eidesstattlichen Versichernngen über die allein in Betracht kommenden Fragen, ob in den Sälen 26 und 27 zum Vulkanisieren ein auch Schwefelkohlenstoff enthaltendes Gemisch verwendet worden sei, und ob sich im Saale 27 eine Flasche mit solchem Stoff befunden habe, sich überhaupt nicht aussprechen. Was aber die Zeugen K., B. und Dr. A. anlangt, so hat das Berufungsgericht den Inhalt ihrer eidesstattlichen Versicherungen eingehend gewürdigt und unterstellt, daß die Zeugen diesen Inhalt bestätigt haben würden; es ist zu der Überzeugung gelangt, daß sowohl diese eidesstattlichen Versicherungen wie die eidliche Aussage des A. nicht in Betracht kommen könnten, wenn man berücksichtigt, daß das zum Vulkanisieren im Saal 22 verwendete, Schwefelkohlenstoff enthaltende Gemisch im Saal 27 hergestellt worden ist, daß nach der eidlichen Aussage des W., der mit der Herstellung der Mischung beauftragte A. ihm aus einer die Bezeichnung „Schwefelkohlenstoff" tragenden, im Saal 27 aufbewahrten Flasche zu dem im Saal 26 verwendeten Vulkanisierstoff behufs dessen Verstärkung öfters zugegossen hat, sowie daß er von diesem Vulkanisierstoff sich ein Fläschchen voll angeeignet hat, daß endlich die in diesem Fläschchen enthaltene Flüssigkeit nach dem Gutachten Sachverständiger Schwefelkohlenstoff enthalten hat. Unter diesen Umständen kann die Unterlassung der Abhörung der gestellten Zeugen K., B. und Dr. A. um so weniger als ein prozessualer Mangel an-

gesehen werden, als zur Herbeiführung der Glaubhaftmachung einer Tatsache dem Gericht der Natur der Sache nach ein größeres Ermessen eingeräumt werden muß, als wenn es sich um Herbeiführung der Überzeugung von der Wahrheit einer Tatsache handelt. Daß endlich das Berufungsgericht auf Grund jener von W. bezeugten Tatsachen die Verwendung eines auch Schwefelkohlenstoff enthaltendem Gemisches zum Vulkanisieren in den Sälen 26 und 27 für glaubhaft gemacht angesehen hat, liegt auf dem Gebiete freier Beweiswürdigung, deren Nachprüfung in der Revisionsinstanz ausgeschlossen ist.

Unbegründet ist auch die Rüge der Revision, daß das Berufungsgericht zu Unrecht die Aussage des Zeugen L. nicht berücksichtigt habe, wonach der dem Zeugen von A. als Zutat zum Benzin gegebene Stoff nicht weiß, sondern bräunlich gewesen sei, woraus sich ergebe, daß der zugesetzte Stoff nicht Schwefelkohlenstoff gewesen sein könne. Denn diese Aussage ist völlig unerheblich. Mit Recht hat das Berufungsgericht hervorgehoben, daß die Flasche, aus der die Vulkanisierflüssigkeit verstärkt worden, ein Gemisch von Schwefelkohlenstoff und Chlorschwefel enthalten haben könne, und auch der Zeuge W. hat nirgends behauptet, daß der Inhalt jener Flasche weiß (farblos) gewesen sei; vielmehr hat er in der eidesstattlichen Versicherung angegeben, daß die Flüssigkeit eine gelblich braune Farbe gehabt habe.

Es ist endlich unzutreffend, wenn die Revision dem Berufungsgericht vorwirft, dieses habe daraus, daß die Beklagte die in der Bekanntmachung des Bundesrats vom 1. März 1902 vorgeschriebenen Einrichtungen früher nicht getroffen gehabt habe, ein schuldhaftes Verhalten der Beklagten gefolgert. Das ist durchaus nicht der Fall. Auf den jene Bekanntmachung betreffenden Ausführungen beruht das angefochtene Urteil in keiner Weise; sie sind überflüssig und gegenstandlos, da sie die Darlegungen der Beklagten betreffen, wodurch die Annahme des Landgerichts bekämpft wird, daß eine Vergiftung durch Chlorschwefeldämpfe vorliege.

Hiernach . . . . . war die Revision zurückzuweisen . . . .

Tagesgeschichte.

Die erste Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin.

Die im vorigen Jahre zu Breslau begründete Gesellschaft hat sich zu Meran im Anschluß an die Naturforscherversammlung nun endgültig konstituiert. Straßmann-Berlin wurde zum ersten, Kratter-Graz zum zweiten Vorsitzenden, Puppe-Königsberg zum Schriftführer, Beumer-Greifswald zu seinem Stellvertreter, Stumpf-Würzburg zum Kassenwart gewählt.

Die Verhandlungen der Gesellschaft werden im Buchhandel erscheinen, und wir glauben, daß es sachlich fördersamer sein wird, sie dann zu referieren; einige von den gehaltenen Vorträgen werden auch originaliter in unsrer Zeitschrift zum Abdruck gelangen. Was wir heute schon zu geben beabsichtigen, ist eine Skizze des Gesamteindrucks und des Gesamtverlaufs der Tagung dieser neuen Vereinigung, deren Schaffung sich jedem, der ärztliche Sachverständigentätigkeit betreibt, als ein Ereignis von hervorragender Bedeutung darstellen muß.

Die Meraner Naturforscherversammlung war nicht so überaus zahlreich besucht, wie man im Hinblick auf die Reize der schönen Passerstadt erwartet hatte. Die Ungunst des Wetters, die übrigens von Norden aus sicher schlimmer aussah, als sie in jenem begnadeten Tale wirklich zu empfinden war, hatte gewiß manchen noch in letzter Stunde abgehalten zu kommen. Auch in der Gesellschaft für Gerichtliche Medizin war das wohl zu spüren, aber eine mittlere Besuchsziffer war immerhin erzielt worden. Von Universitäten waren Berlin, Königsberg, Greifswald, Göttingen, Jena, Würzburg, Graz, Innsbruck, Wien und Zürich vertreten. Im ganzen hatte Norddeutschland absolut und relativ eine größere Anzahl von Mitgliedern entsandt als Süddeutschland und Österreich.

Als sehr glücklich erwies sich die Wahl der von der vorläufigen Geschäftsleitung vorbereiteten Referate und nicht minder die der Berichterstatter. Den Reigen eröffneten am ersten Verhandlungstage Kratter und Jellinek-Wien mit dem „Tod durch Elektrizität“; jener, indem er in großen Zügen die Hauptfragen besprach, die sich an das Thema für den Gerichtsarzt knüpfen — dieser, indem er uns einen Einblick in die überaus große Mannigfaltigkeit der bei elektrischen Tötungen mitwirkenden Einflüsse tun ließ. Eine rege Debatte folgte, in der noch einige Punkte von erheblicher Wichtigkeit, z. B. die Frage tödlicher Nachkrankheiten nach elektrischen Verletzungen und die Unterscheidung zwischen echten und scheinbaren (durch seelischen Shok bedingten) elektrischen Unfällen erörtert wurde.

Am nächsten Tage war die Abteilung bei den Gynaekologen zu Gaste, wo Krönig-Jena und der Jurist v. Calker das „Recht des Kindes auf Leben“ in anregendster Weise besprachen und eine lebhafte Debatte sich an ihre Vorträge anschloß.

Die Nachmittagssitzung an diesem Dienstag war mehr spezialistischer Einzelforschung gewidmet (Vorträge von Stumpf, F. Reuter-Wien und Strauch-Berlin), eine Ausnahme bildete Stolpers Vortrag „Zur Verhütung der Unfall-Neurosen“, ein Appel an die gesamte Ärzteschaft zur Abwehr einer ernsten, gerade durch ärztliche Einrichtungen nicht selten geförderten Gefahr. Die anschließende Erörterung zeigte wieder einmal, wie allgemein das Interesse der ärztlichen Sachverständigen allerorten für diese Fragen der versicherungsrechtlichen Medizin ist.

Zur Mittwochsitzung war die psychiatrisch-neurologische Abteilung geladen, und der Sitzungsraum war kaum groß genug, um allen Anwesenden Platz zu gewähren. Kaan-Meran und Straßmann hielten ihre ausgezeichneten Referate über den „Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung“, ein Thema, dessen Bedeutung und Vielseitigkeit in überraschender Weise in ihren Ausführungen zum Ausdruck kam. In der Diskussion kamen u. a. Tuczek-Marburg, von Calker und Windscheid-Leipzig zu Worte. Über die „Jugendlichen Verbrecher“ mußte Puppe, da sein Korreferent ausgeblieben war, allein referieren, und er entledigte sich seiner Aufgabe mit einer Lebhaftigkeit und Eindringlichkeit, die geeignet war, unter den Anwesenden dem von ihm besonders betonten Teil der Kriminalreform neue Anhänger zu werben. Dann sprach noch in dieser gemeinsamen Sitzung Scheele-Kassel über Degenerationszeichen an den Zähnen und F. Leppmann über Strafvollzugsunfähigkeit (vgl. Nr. 19 dieser Zeitschr.).

Am Donnerstag früh, in der letzten Sitzung, trug Molitoris-Innsbruck die Ergebnisse wissenschaftlicher Forschungen über gewisse Gifte vor, im übrigen wurde hauptsächlich, und zwar durch Kratter, Ipsen-Innsbruck und F. Reuter eine Reihe kasuistischer Beiträge mitgeteilt, die das Interesse der Hörer bis zum Schluß wachhielten.

Das Hauptergebnis dieser Tagung ist, daß Material an Fragen auf dem Gebiete der gerichtlichen Medizin, welche eine gemeinsame Erörterung in einer besonderen Fachvereinigung wünschenswert machen, reichlich, ja überreichlich vorhanden ist. Wenn etwas an den Verhandlungen von Meran unseren Erwartungen nicht entsprach, so ist es das, daß die Zeit für die Bewältigung des ganzen Programms allzu knapp bemessen war. Namentlich die gemeinsame Sitzung mit den Psychiatern war so belastet, daß die Debatten sich zum Teil nicht recht entfalten konnten, zum Teil ganz ausfallen mußten. Nachdem man einmal die Erfahrung dieses Übelstandes gemacht hat,

wird es sich künftig leicht vermeiden lassen. Wir würden vorschlagen, für die nächste Tagung in Stuttgart nur zwei Hauptreferate anzusetzen, für diese je eine ganze Sitzung zu reservieren und bei den übrigen Vorträgen durch Festsetzung eines Zeitmaximums zu verhüten, daß, namentlich bei der Darlegung spezialistischer Einzelforschungen, die Redner allzusehr in epische Breite verfallen. F. L.

Zur Revision der Invalidenrenten.

Im Bereich der Landesversicherungsanstalt Sachsen-Anhalt wurden nach den Verwaltungsberichten für 1903 04 887 Rentenempfänger nachgeprüft und in 169 Fällen wurde die Rente entzogen, ebenso wurden 74 auf freiwilligen Verzicht gesetzt. Gegen den Entziehungsbescheid wurde in 110 Fällen Berufung eingelegt und gegen die Entziehung infolge freiwilligen Verzichts dreimal. In den 113 Berufungsfällen wurde in der Berufungs- resp. Revisionsinstanz der Entziehungsbescheid bestätigt in 78=69 %, der Entziehungsbescheid aufgehoben in 28=25 % Fällen. Von den gegen den Verzicht eingelegten drei Berufungen wurden zwei zurückgewiesen, in einem Falle wurde die Rente wieder zuerkannt. Unangefochten blieben und wurden rechtskräftig 58=34 % der Entziehungsbescheide. Von den durch rechtskräftigen Bescheid oder Verzicht außer Rente gesetzten 129 Versicherten traten 35 wieder mit neuen Anträgen auf Rentengewährung heran. Hiervon wurden bewilligt 20, die Rente versagt sieben und in acht Füllen schwebt das Verfahren noch.

Die Zahl der erhobenen Invalidenrentenansprüche überhaupt hat sich im ersten Halbjahr 1905 gegen das erste Halbjahr 1904 um 17 % und im ersten Halbjahr 1904 gegen das erste Halbjahr 1903 um 10 % verringert; während auf das volle Jahr 1903 gegen 1902 noch eine Steigerung von $7^2/_3$ % zu verzeichnen war. Über den Rückgang heißt es im Bericht: „Der Rückgang kann in der Hauptsache als eine Folge der Maßnahmen (Nachrevision der Rentenempfänger, häufigere Nachprüfung der ärztlichen Gutachten durch die Kreisärzte und sonstige Obergutachten, zeitweilige Beobachtung der Rentenansprecher in Kliniken und Krankenhäusern angesehen werden. Der Appell an die Ärzte zu vermehrter Vorsicht bei der Untersuchung der mit Rentenansprüchen herantretenden Versicherten hat nicht minder gewirkt, wie die von den Ärzten vielfach unangenehm empfundene Nachprüfung ihrer Atteste durch weitere medizinische Sachverständige.“

Zum Dispensierrecht der Ärzte.

Die Frage, ob Ärzte Arzneimittel, die ihnen von den Fabrikanten zu Versuchszwecken zugeschickt worden sind, an Kranke abgeben dürfen, oder ob sie sich damit einer strafbaren Übertretung des § 367[3] R.-Str.-G.*) schuldig machen, ist jetzt für Baden insofern geregelt worden, als das Badische Ministerium des Innern mittelst Verordnung vom 2. August d. J. ausdrücklich erklärt hat:

„Es ist nicht zu beanstanden, wenn Ärzte Arzneimittel, welche ihnen zu Versuchszwecken von den Fabrikanten zugesandt werden, abgeben, falls die Abgabe unentgeltlich erfolgt.“

Damit ist wenigstens für Baden der Rechtsunsicherheit, in der sich die Ärzte angesichts der Bestimmung in § 367[3] R.-Str.-G. einem seit langem bestehenden Usus gegenüber befanden, in dankenswerter Weise ein Ende gemacht. In manchen Gerichtsurteilen war nämlich entschieden worden, daß nach diesem Paragraphen auch die einmalige gelegentliche unentgeltliche Überlassung von nicht freigegebenen Arzneimitteln durch Ärzte an Patienten eine strafbare Übertretung darstelle. Daß mit der jetzt erteilten ausdrücklichen Befugnis seitens der Badischen Ärzte ein Mißbrauch zum Schaden der Apotheker getrieben werden könnte, ist wohl als ausgeschlossen zu erachten.

(Korr.-Bl. der ärztl. Kr.- u. Bez.-Vereine im Königr. Sachsen.)

*) § 367 R.-Str.-G.: „Mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft wird bestraft:
3. wer ohne polizeiliche Erlaubnis . . . . Arzneien, soweit der Handel mit denselben nicht freigegeben ist, ... verkauft oder sonst an andere überläßt.“

Bekämpfung der Lungenschwindsucht.

Die Gemeindeverwaltung zu Friedrichsfelde bei Berlin hat nach der „Brandenb. Ztg.“ zur Bekämpfung der Lungenschwindsucht unter der unbemittelten Bevölkerung Einrichtungen getroffen, die von bemerkenswertem sozialhygienischen Verständnisse zeugen. Bei zu kleiner oder unzweckmäßiger, feuchter oder sonnenarmer Wohnung soll von der Gemeinde eine bessere beschafft und die Preisdifferenz ersetzt werden. Um eine bessere Lüftung auch im Winter zu erreichen, soll ein Zuschuß zur Heizung in Gestalt von Kohlen geleistet werden. Es soll Wäsche geliefert werden, eventuell bei Erkrankung der Hausfrau die Reinigung der Wohnung und der Wäsche durch beauftragte Personen besorgt werden. Zum Scheuern des Fußbodens und zur Desinfektion der Wäsche sowie der Hände soll Lysol zur Verfügung gestellt werden. Den Kranken sollen Speigläser und Spuckfläschchen zur Benutzung empfohlen und zur Verfügung gestellt werden. Bei großer Schwäche der Kranken soll anstatt der Taschentücher, die meist nur ungenügend und mangelhaft vorhanden sind, zur Bergung des Auswurfs Verbandwatte geliefert werden, die sofort nach der Benutzung zu verbrennen ist. Ferner sollen Milch an die Kranken und besonders auch an ihre meist skrofulösen, schlecht ernährten Kinder, sowie Lebertran und unter Umständen auch Fleisch, Fett und künstliche Nährpräparate verabfolgt werden. Zur Verhinderung des Zusammenschlafens Kranker mit Gesunden soll nötigenfalls für Betten gesorgt werden.

Ärztliche Gewerbeaufsicht in Sachsen.

Von der sächsischen Staatsregierung sind Maßnahmen zur Heranziehung von Ärzten für die Mitwirkung bei der Gewerbeaufsicht in Aussicht genommen. Vom Landes-Medizinalkollegium ist bereits dem Ministerium des Innern ein gutachtlicher Bericht über diese Frage erstattet worden. Im Interesse der Sache wäre zu wünschen, daß dem Landtage möglichst bald die Vorlage unterbreitet werden könnte. (Med. Klinik.)

Krüppelfürsorge in Deutschland.

Die „Blätter für das Hamburgische Armenwesen“ schreiben darüber: Eingehende Erhebungen sind nur in den Provinzen Schleswig-Holstein und Rheinland durchgeführt worden. Dabei hat sich für die Rheinprovinz eine erschreckend hohe Ziffer ergeben: unter 5 760 000 Einwohnern befanden sich 7172 Krüppelkinder (bis zu 14 Jahren) = $1_{,245}$ auf je 1000 Einwohner. In Schleswig-Holstein wurden unter 1 300 000 Einwohnern 1079 Krüppelkinder gezählt = $0_{,83}$ auf je 1000 Einwohner. Nimmt man für das Reich den Durchschnitt der beiden Provinzen — $0_{,614}$ % — als wahrscheinlich an, so würde man eine Anzahl von etwa 370 000 Krüppeln erhalten. Fragt man, was angesichts dieser Verhältnisse bisher im Deutschen Reiche auf dem Gebiete der Krüppelfürsorge geschehen ist, so ist zu bemerken, daß fast ausschließlich Anstaltspflege in Betracht kommt und daß es zur Zeit in Deutschland 22 Anstalten für Krüppelpflege gibt, die 1901 über 1182 und im Jahre 1902 über 1508 Plätze verfügten. 1508 Plätze für 370 000 Krüppel!

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. № 22. Ausgegeben am 15. November.

Inhalt:

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Catania.

Eine neue Methode des Spermanachweises aus Flecken.

Von
Prof. G. G. Perrando,
Direktor des Instituts.

Vor einiger Zeit habe ich eine neue Methode in Vorschlag gebracht, mittelst deren es möglich ist, den Nachweis der Spermatozoen in Samenflecken ausgiebiger und sicherer zu gestalten. In jener Arbeit*) habe ich auf die Nachteile der gemeinhin angewandten Methoden hingewiesen, die hauptsächlich aus zwei Gründen so häufig negative Resultate geben, einmal, weil infolge des Zerzupfens oder Abschabens des befleckten Zeugstückchens ungeheuer viel Köpfe abgetrennt werden, dann aber auch, weil das Präparat mit optisch wenig geeigneten Medien hergestellt wird.

*) G. G. Perrando. Di una speciale tecnica per la ricerca dei nemaspermi nelle macchie. — Rassegna internazionale della medicina moderna, VI. 1905, Nr. 5.

Der Grundzug meiner Methode besteht daher in der Möglichkeit, die fleckige Zeugoberfläche zu isolieren und unter Vermeidung aller schädlichen Lageveränderungen und Reagentien vielmehr die gefärbten morphologischen Bestandteile in ihren Beziehungen zu den Fäden des Zeuges zu betrachten.

Nachdem ich jetzt größere Erfahrung in der vorgeschlagenen Technik erlangt und auch noch einige Verbesserungen hinzugefügt habe, halte ich es nicht für überflüssig, noch einmal auf diesen Gegenstand einzugehen.

Mein Verfahren ist folgendes:

1. Gewöhnlich werden 10 mm lange und 5 mm breite Streifchen aus dem befleckten Zeug herausgeschnitten. Jedes von diesen wird dann derartig nach Art eines Papierstreifens zusammengelegt, daß die befleckten Flächen nach innen kommen und sich berühren. Darauf werden 3—4 der so gefalteten Streifchen übereinandergelegt und mittelst eines feinen Fadens zu einem kleinen Paket so zusammengeschnürt, daß sie nicht auseinanderfallen können.

2. Diese Päckchen werden darauf im Stück gefärbt, wozu man sie an ihren Fäden in ein mit der Farblösung gefülltes Röhrchen hängt.

Die Farblösungen wähle ich so, daß sie mit der etwaigen Farbe der Stoffäden kontrastieren. Bei ungefärbten und weißen Geweben bevorzuge ich die rosaroten und roten Farben wie Eosin und ammoniakalisches Pikrokarmin; von den übrigen Farbstoffen sind Methylenblau und Toluidin sehr geeignet.

Die Farbstofflösungen müssen immer ziemlich konzentriert sein und einen Ammoniakgehalt von 2 bis 3 Prozent besitzen,

z. B.: Eosin . . . . 2,0 g
3 prozentiges Ammoniakwasser 100,0 g.

Die Streifenpäckchen werden wenigstens während 24 bis 48 Stunden in der Farblösung belassen, weil der Farbstoff nur langsam eindringt und weil die Spermazellen sehr schwer die Farbe annehmen.

3. Darauf schreitet man zum Auswässern, das ebenfalls sehr lange, nämlich auch 24 bis 48 Stunden fortgesetzt werden muß. Zum Auswässern benutzt man lange zylindrische Gefäße, die mit leicht ammoniakalischem destilliertem Wasser gefüllt sind; die Päckchen sollen so befestigt sein, daß sie auf der Oberfläche der Flüssigkeit schwimmen. Dann sinkt der Farbstoff langsam im Gefäß zu Boden, so daß er allmählich aber vollständig und ohne jedes Erschüttern extrahiert wird. Nötigenfalls ist das Ammoniakwasser mehrmals in 24 Stunden zu wechseln.

4. Ist das Auswässern beendigt, so werden die Päckchen mit größter Vorsicht aufgebunden und die einzelnen Streifchen dem Knick entsprechend durchgeschnitten, so daß man lauter kleine Quadrate von $^1/_2$ cm Seitenlänge erhält. Jedes dieser kleinen Quadrate wird darauf ausgebreitet und mittelst eines besonderen Gummis so auf einen Objektträger aufgeklebt, daß die befleckte Schicht dem Glase anliegt. Dann wird das Zeugstückchen auf dem Objektträger mit noch viel von der folgenden Gummimixtur eingebettet:

Gummi arab. pur.	g 30,0—40,0.
Aq. destill.	100,0.
Sacchar.	10,0—20,0.
Albumin.	2,0.

Die Mischung ist nach dem Filtrieren oder Dekantieren mit einem kleinen Kampferkristall zur Konservierung zu versetzen.

Die Einbettungen in diesem besonderen zuckerhaltigen Gummi auf dem Objektträger erlangen gewöhnlich nach 24stündigem spontanem Trocknen eine geeignete Härte, um sie schneiden zu können. Die Härtung kann man übrigens stärker oder schwächer erzielen, je nachdem man den Zuckergehalt der Gummilösung vermindert oder vermehrt.

5. Ist eine genügende Härte erreicht, so trägt man schichtweise mittelst eines Rasiermessers oder eines sehr scharfen bauchigen Skalpells flache, wagerechte Scheiben von dem Objekt ab. Die Abtragungen der keine morphologischen Elemente enthaltenden Schichten werden so lange fortgesetzt, bis nur noch die unterste dem Glase angeklebte Schicht zurückbleibt, in der die Samenenzellen liegen. Auf diese Weise werden alle Knoten des Gewebes entfernt und ohne Schwierigkeit alle Fäden desselben frei gelegt.

6. Nun werden die dem Objektträger anhaftenden Reste mit der nötigen Anzahl Tropfen Ammoniakwasser gelöst, und so die nicht mehr verflochtenen Fäden zum spontanen Auseinanderfallen gebracht. Wo nötig, kann man diese über den Objektträger verteilten Fädchen noch vorsichtig mit der Nadelspitze ausrichten, worauf dann das Präparat mit dem Deckgläschen bedeckt wird. — Ist das Ammoniakwasser verdunstet, so sind die Präparate ohne weiteres fertig eingebettet. Gewöhnlich ist es nötig, um Luftblasen zwischen den Fasern zu vermeiden, daß noch einige Tropfen der zuckerhaltigen Gummilösung vom Rande des Deckgläschens in dem Maße zugefügt werden, wie die Verdunstung und Antrocknung des Präparates vorschreitet.

Die Vorzüge dieses Verfahrens bestehen vor allem in der Vermeidung aller für die Integrität der morphologischen Bestandteile schädlichen Manipulationen und in der direkten festen Einbettung der Präparate in einer Masse, die die Betrachtung der Schwanzfäden hinreichend erlaubt.

Denn

a) werden die befleckten Zeugflächen mazeriert, gefärbt, auf den Objektträger geklebt und eingeschlossen ohne jede Abschabung, Zerfaserung, Übertragung von Teilchen, Wechseln von Flüssigkeiten usw., also Hilfsmitteln, die eine übermäßige Loslösung von Köpfen zur Folge haben;

b) wird durch die flache, schichtweise Abtragung von Gewebslagen sofort der überflüssige Teil des Gewebes allein entfernt, und nur die Schicht oder die Fasern erhalten, in die die Samenzellen eingelagert sind und die gleichzeitig spontan zerfallen, weil die Maschen des Gewebes zerstört worden sind;

c) gestattet die Färbung, namentlich die mit Eosin und Ammoniakkarmin eine sofortige Orientierung über die brauchbaren Stellen. Denn wie wir aus den Beobachtungen von Petel und Labiche wissen, bewirken diese ammoniakalischen Farblösungen eine Art elektiver Färbung der Samenelemente derart, daß, während durch das lange Auswässern alles Übrige entfärbt wird, nur die Samenzellen die Farbe stark zurückhalten, so daß es gelingt, sie mit bloßem Auge zu unterscheiden. Hat man doch sogar auf dieser ausgesprochenen Eigentümlichkeit, die für charakteristisch gilt, eine forensische Methode zur Identifizierung von Samenflecken aufgebaut;

d) kann man mittelst meines Verfahrens ausgedehnte verdächtige Flecke ziemlich rasch durchmustern. Denn wenn auch die Methode ein wenig lang erscheinen mag, ist doch zu berücksichtigen, daß die nötige Zeit nur durch das vorteilhafte Abwarten, nicht aber durch aktives Arbeiten verbraucht wird, denn im ganzen erreicht man dadurch sicherer und leichter gute Präparate und kann in kürzerer Zeit große Gewebspartien untersuchen;

e) geben die erwähnten Färbungen mit Ammoniaklösungen vorteilhafte Anhaltspunkte für die Untersuchungen der gegenseitigen Beziehungen und Lagerung der Spermaelemente. Bisweilen bekommt man wie mit Karmin, oder noch besser mit Eosin, sehr schöne Kontrastbilder zwischen den intensiv gefärbten Spermatozoenhaufen und den fast ungefärbten Pflanzenfasern. Methylen- und Toluidinblau, die allerdings auch die Gewebsfasern färben, lassen dagegen die Kerne der Köpfe mit ihren Eigentümlichkeiten besonders scharf hervortreten und haben diagnostische Vorzüge, auf die ich seinerzeit noch zurückzukommen gedenke;

f) werden die Einschließung, Betrachtung und Fertigstellung des fixierten Präparates immer auf dem gleichen Objekträger unter Ausschluß des gefährlichen Umwechselns von Flüssigkeiten vollständig durch die eine Gummimixtur bewirkt, die durch ihre optischen und chemischen Vorzüge geeignet ist, die Spermatozoen in ihrer Integrität erkennen zu lassen.

Den gesamten Vorzügen gegenüber könnte dieser Technik ein Nachteil vorgeworfen werden, der gerade aus der allzugroßen Rücksicht auf die Unversehrtheit der Bestandteile in den Flecken entsteht; daß nämlich die letzteren durch das Fernhalten aller Mißhandlungen zu dicht gelagert erscheinen. Denn die Samenfäden verharren in der aufgerollten Lage, die sie im

Augenblick des Antrocknens auf dem Zeuge inne hatten. Wenn hierdurch auch die rasche Erkennung der Spermatozoen beeinträchtigt werden mag, so wird dieser Mangel doch durch die Vorteile aufgewogen, die die Beobachtung der gegenseitigen Beziehungen und Anordnung der Samenelemente, sowie die aus dem Vergleich ihrer Färbeeigentümlichkeiten sich gebenden Merkmale bieten. Übrigens kann man ja eine weitere Isolierung der Samenelemente, wo eine solche erwünscht ist, dadurch erreichen, daß man vor dem definitiven Abschluß den Rest des Präparates länger mazerieren läßt und vorsichtig mit Nadeln zerteilt.

Das beschriebene Verfahren will weder ein definitives noch unveränderliches sein, denn es ist weiteren Verbesserungen und Modifikationen zugängig, je nach den besonderen Umständen und namentlich je nach dem Substrat, in das der Fleck eingelagert ist.

So ist z. B. die Befolgung meiner Methode ganz überflüssig, wenn der Fleck einem undurchlässigen Substrat in Form von Schüppchen oder Schichten aufliegt, die sich anderswie isolieren lassen. Ferner kann es von Vorteil sein, die kleinen Vierecke aus dem befleckten Stoff mit der entgegengesetzten Fläche einzubetten und aufzukleben, so daß mit den ersten Schnitten die brauchbare Schicht abgetragen wird, die dann zur getrennten Behandlung auf einen anderen Objektträger kommt. Dies eignet sich hervorragend für Stoffe von erheblicher Dichte und Festigkeit, für die auch das Ausschneiden der Proben, das Aneinanderlegen der befleckten Flächen, die Herstellung der Bündelchen u. dgl. m. in geeigneter Weise abgeändert werden können.

Selbstverständlich kann auch die Florencesche Reaktion an den für diese Methode bestimmten Gewebstücken ohne Materialverlust ausgeführt werden; man braucht hierzu nur den wäßrigen Auszug herzustellen, sobald die Päckchen zusammengebunden sind, also ehe sie gefärbt werden.

Die beschriebene neue Methode läßt sich zwar auch auf Flecken anderer Art anwenden; jedoch empfiehlt sie sich nur für Spermaflecke, weil ihr Hauptzweck, die Erhaltung des Zusammenhangs der Samenfäden, dort nicht besteht, wo es, wie bei Flecken aus anderen organischen Produkten, vielmehr auf eine weitgehende Isolierung der Bestandteile ankommt.

Einzelhaft und Geistesstörung.

Von
Dr. Pollitz,
leitendem Arzt der Irrenabteilung der Strafanstalt zu Münster i. W.

Gegenüber den sich immer wiederholenden Klagen über die Mangelhaftigkeit unseres Strafvollzugs, die mit einer gewissen Regelmäßigkeit von berufenen und oft recht unberufenen Autoren, geschildert wird, sind die Vorschläge zur Abhilfe und Besserung auffallend dürftig. Es kann daher nicht wundernehmen, wenn einzelne Autoren zu einem gerade von Theoretikern des Strafvollzuges gerne angepriesenen Allheilmittel raten, nämlich zur Deportation der Verbrecher.

Es ist nicht die Absicht der nachfolgenden Ausführungen, politische, soziale, historische Gründe für und wider diesen Vorschlag zu erörtern, die ja genugsam bekannt sind;[1]) auch die für den Arzt anziehende Frage der hygienisch-klimatischen Bedingungen in unseren Kolonien, die eng zusammenhängt mit genauer Kenntnis der geographischen Gestaltung der in Betracht kommenden Länder, soll nicht weiter verfolgt werden. Den Strafvollzugspraktiker interessieren in erster Linie die Einwände und Vorwürfe, die gegen den bestehenden Strafvollzug erhoben werden, der keinesfalls so schlecht und grausam, wie die Gegner von der einen Seite, keinesfalls von so übertriebenem „Humanitätsdusel“ angekränkelt ist, wie die Gegner von der anderen Seite sagen.

Vielleicht könnte man sogar behaupten, daß ein Strafvollzug, der von den Anhängern der Vergeltungsstrafe ebenso angefeindet wird, wie von denen der Zweckstrafe, sich auf einer gewissen Mittellinie hält und, wenn auch sicherlich mancher Reformen bedürftig, nicht so gänzlich unbrauchbar und überlebt ist, wie er immer wieder geschildert wird, besonders wenn der Schilderer aus eigener, stets unerfreulicher Erfahrung und Erinnerung schreibt. Leider steht die Öffentlichkeit diesen Darstellungen ehemaliger Gefangener mit einer ganz auffallenden Kritiklosigkeit gegenüber und ergreift sofort die Partei des früheren Sträflings, wie bei Berichten ungeheilter Geisteskranker die des Kranken zum Nachteil der Irrenärzte.

Für den Arzt ist es nicht ohne Interesse, daß eine große Zahl der Bedenken, die gegen den heutigen Strafvollzug vorgebracht werden, sich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der Gefangenen beziehen. Es liegt eine gewisse Ironie darin, daß die gleichen Autoren, die die körperliche und geistige Schädigung des heutigen Strafvollzugs in so eindrucksvoller Weise zu schildern wissen, die Deportation in tropische Gegenden als Abhilfe empfehlen.

Ganz besonders hat sich nun neuerdings Heimberger[1]) im Anschluß an eine Abhandlung von Casimir Wagner sehr warm für die Deportation ausgesprochen. Er führt die oft vorgebrachten, zahlreichen Einwände an, von denen hier nur einige erwähnt seien (Seite 6). Die Gefangenschaft schädigt oder zerstört die körperliche Gesundheit .... ungeeignete oder ungenügende Nahrung, Mangel an Bewegung, schlechte Luft in den Zellen .... in der kühlen Jahreszeit Erkältungen infolge mangelhafter Heizung und Bekleidung wirken zusammen, den Gesunden krank zu machen, den Kranken und Schwachen zu vernichten. Die Fürsorge für Kranke und Invalide ist mangelhaft. Anämie und Tuberkulose sind die Würgengel der Strafanstalten .... Die Gefangenschaft führt, besonders wenn sie länger dauert und in Einzelhaft vollzogen wird, zu tiefer gemütlicher Depression, oft zu geistigem Ruin. Seelische Erkrankungen sind nicht allzu selten ....“ Ich sehe ab von einem Teil dieser Vorwürfe, der mir gänzlich unberechtigt scheint, und anderen, die oft in weit stärkerem Maße der Lebenshaltung der unteren Volkskreise zu machen wären. Hier soll einer Erörterung der Frage nähergetreten werden: Ruft die Zellenhaft in der Tat geistige Störungen hervor? Lehrt die Erfahrung die Richtigkeit dieses Satzes, so wäre allerdings auf baldige Abhilfe und Änderung eines Strafvollzugs zu sinnen, der zu Geistesstörungen führt, die den davon Befallenen unter Umständen dauernd arbeitsunfähig und der an sich schwer belasteten öffentlichen Armen- und Irrenpflege bedürftig machen.

Während nun in der Theorie dieser Vorwurf des Öftern erhoben wird, zeigt sich, daß erfahrene Irrenärzte der Zellenhaft nur eine sehr geringe Bedeutung für das Ausbrechen von Geistesstörungen im Strafvollzuge beilegen. Sommer[2]) hat diese Frage eingehend gewürdigt und kommt zu einem in der Hauptsache negativen Ergebnis. Er weist darauf hin, daß in manchen halluzinatorischen und paranoischen Zuständen die Zellenhaft die scheinbare Ursache der Psychose bildet, während eine eingehendere Analyse zeigt, daß die Störung bereits vor der Verurteilung bestanden hat. Nnr für einen kleinen Teil von Fällen, in denen es sich um „erblich belastete und konstitutionell abnorme Menschen“ handelt, läßt er die Möglichkeit zu, daß das „endogene“ Moment der ererbten Anlage ohne den Einfluß der

[1]) Unter älteren Schriften hat die etwas zu optimistische Darstellung der englischen und französischen Deportation von Holtzendorf (Leipzig 1859) auch heute noch ein besonderes Interesse.

[1]) Zur Reform des Strafvollzuges, Leipzig 1905.
[2]) Kriminalpsychologie, S. 332.

Einzelhaft nicht zum Ausbruch der Geistesstörung geführt haben würde. Er verlangt für diese Belasteten geringeres Strafmaß und entsprechende Berücksichtigung im Strafvollzuge nach dem Vorschlage des Arztes. Etwas mehr Bedeutung scheint Cramer[1]) der Einzelhaft beizulegen, die in gleicher Weise wie die gerichtliche Verhandlung, Verurteilung und und andere psychische Erregungen auf vorbereitetem Boden zum Ausbruch der verschiedensten Geistesstörungen, Melancholien, Manien, ja Paralyse Anlaß geben könne. Auch Cramer betont die Notwendigkeit einer Veranlagung zu geistigen Störungen. Sehr gering schätzt Aschaffenburg die Einzelhaft als ursächliches Moment für den Ausbruch geistiger Störungen ein; und es mag hier vorweg erwähnt sein, daß er auf Grund einer großen Erfahrung — in Übereinstimmung mit neueren Untersuchungen Rüdins, einen spezifischen Gefangenenwahnsinn nicht anerkennt, zum mindesten für sehr selten hält. „In der Regel wird die Strafanstalt nur die Bedeutung des augenblicklichen Wohnortes eines Erkrankenden haben".[2]) Rüdins selbst hat in einer späteren Arbeit, die sich auf das Krankenmaterial der Strafanstalt Moabit stützt, seine Anschauungen wesentlich geändert.[3]) Indem er eine Reihe Krankheitsfälle schildert, die übrigens dem Strafanstaltsarzte seit langem geläufig sind, und sie als spezielle Haftpsychosen hinstellt, legt er „dem Mangel an Ablenkung, der Isolierung", die Hauptbedeutung für Ausbruch von Störungen bei.

Wenn man die Fragestellung in der Weise formuliert, indem man die geistige Schädigung des Individuums durch den gesammten Strafvollzug berücksichtigt, der in seinen Wirkungen bereits in der Haft einsetzt, so wird man naturgemäß zu einem ganz anderen Ergebnis kommen müssen, als wenn man die Frage zu beantworten sucht, ob gerade die Einzelhaft — also diejenige Form der Strafvollstreckung, die von allen kompetenten Beurteilern[4]) als die einzig berechtigte und wirksame anerkannt wird, — schädigend auf den Geisteszustand des Sträflings wirkt. Es ist fast selbstverständlich, daß die gesamten Eindrücke der Strafe, die Art der Lebensführung unter Entziehung jeglicher Freiheit auf den Geisteszustand eines gewissen Teils der Gefangenen ungünstig einwirken muß, eine derartige Einwirkung wird mit jeder, gleich wie gearteten, Strafe unvermeidlich verbunden sein. Oder glauben die Anhänger der Deportation, daß die dauernde Entfernung von der Heimat, wochenlange Seefahrten, dauernde Unmöglichkeit, die Familie wiedersehen zu können, auf das Seelenleben des Gefangenen gar nicht oder ausschließlich günstig einwirken werde? Alle Autoren sind aber in einem Punkte einig, daß nur der erblich belastete, psychisch gefährdete Gefangene der Gefahr des Geisteskrankwerdens ausgesetzt ist. — Zur Beantwortung mancher hier auftauchender Fragen ist es nicht ohne Interesse, einmal ein größeres Material nach verschiedenen Richtungen durchzuarbeiten.

Von 100 Geisteskranken, die in einem bestimmten Zeitabschnitt der hiesigen Irrenabteilung überwiesen worden waren, hatten 64 ihre Strafe in Einzelhaft verbüßt, teils in Gefängnissen — 28, teils im Zuchthause — 36.

Für eine weitere Betrachtung müssen nun alle diejenigen Fälle ausscheiden, in denen bereits vor der Strafverbüßung Störungen bestanden oder in ihrer Anlage vorhanden waren und erst im Strafvollzuge zur Erscheinung kamen. Dies gilt für Schwachsinnige, Hebephrene, Paralytiker und Epileptiker, ferner für solche Kranke, deren Krankheit vor Gericht nicht erkannt wurde. Alle diese Fälle werden nicht dem Strafvollzuge zur Last fallen können, der Strafvollzug erhält diese Kranken oder Halbkranken; und es wird keiner erwarten, daß sie gerade hier sich bessern oder vor einer Zunahme ihrer Krankheitssymptome bewahrt bleiben werden. Aber alle diese Elemente scheiden auch für eine Deportation ohne weiteres aus. Noch eine weitere Gruppe von Kranken verdient eine gesonderte Besprechung, es handelt sich um solche, die durch eine große Zahl von Vorstrafen das Leben im Strafvollzuge kennen gelernt haben, das für sie nichts Sonderbares oder Erschreckendes mehr bietet, und bei denen man eine gewisse Akklimatisation an die Einzelhaft, in die ja meist nur ein kleiner Teil von ihnen für längere Zeit gelangt, erwarten sollte. Unter unsern 64 Kranken befanden sich 20 Gefangene, die fünf und mehr Strafen bereits verbüßt hatten, zum Teil von kürzerer, zum Teil von recht langer Dauer. Sieht man auch hier von einer Reihe Epileptiker und Schwachsinniger ab, so bleibt eine kleine Anzahl Kranker, die seit vielen Jahren mit kurzen Unterbrechungen fast dauernd interniert waren, und nunmehr unter Symptomen krankhafter, wahnhafter Beurteilung der Situation oder der eigenen Persönlichkeit erkrankt. Aber auch hier würde eine Betrachtung der einzelnen weniger zahlreichen Fälle ergeben, daß es sich um ab origine verschrobene Menschen von wunderlicher Lebensführung handelt, die erst bei einer gewissen Intensität der Krankheitssymptome als krank erkannt werden. Viel zahlreicher gehen diese oft Bestraften und später Erkrankten aus den Anstalten mit Gemeinschaftshaft der Irrenabteilung zu. Bei manchen dieser Kranken würde eine sachgemäße Beurteilung bereits vor der Bestrafung sie als krank oder wenigstens erheblich defekt und schwer psychopathisch erkennen lassen. Leider geht die Tendenz der meisten gerichtlichen Begutachter zurzeit dahin, die Zahl der vollkommen Unzurechnungsfähigen in einer meiner Erfahrung nach bedenklichen Weise einzuschränken und sich mit der ungenügenden und wohlfeilen Annahme eines Defekts u. a. m. durchzuhelfen, so daß der Strafvollzug in immer stärkerem Maße mit diesen kranken Leuten belastet wird, die, obwohl notorisch strafvollzugsunfähig, von oft sehr erfahrenen Gutachtern kurz vorher für zurechnungsfähig gelegentlich auch für Simulanten erklärt worden sind.

Noch nach einer anderen Richtung bedarf unser Material einer speziellen Würdigung. Bekanntlich ist nach dem Gesetz die Dauer der Einzelhaft auf drei Jahre beschränkt, nach dieser Zeit kann der Sträfling eine Überweisung in Gemeinschaftshaft fordern. Die krankmachende Wirkung der Einzelhaft muß sich also innerhalb dieser Zeit bemerklich machen. Bei unserem Kranken ergibt sich nun, daß von den 64 Kranken:

1. innerhalb 3 Monate nach Beginn des Strafvollzuges erkrankten . . . . 9 Gefangene,
2. innerhalb 3 — 6 Monaten . . . . 8 Gefangene,
3. innerhalb 6 — 12 Monaten . . . . 15 Gefangene.

Es zeigt sich in diesen Zahlen, daß für die Hälfte der Kranken schon eine verhältnismäßig kurze Isolierstrafe ausreicht, eine geistige Störung wachzurufen, wenn man sich auf den Standpunkt derer stellt, die dem Strafvollzuge allein alle Schädigungen des Geisteszustandes der Gefangenen zur Last legen. Sieht man sich dagegen die einzelnen Fälle genauer an, so zeigt sich hier, wie oben bereits betont wurde, daß sich unter den so früh Erkrankten fast nur Hebephrene, Epileptiker und Schwachsinnige nebst zwei Paralytikern befinden, Kranke, deren Symptome naturgemäß im Strafvollzuge auffallen müssen oder die sich infolge ihrer Störung nicht in den Strafvollzug einordnen können, und daher schon in den ersten Monaten versagen. Es bleibt also für eine spezielle Betrachtung nur diejenige Gruppe übrig, zu der bisher Gesunde zu zählen sind, die nach einer gewissen Zeit der Strafverbüßung unter Symptomen chronischer oder akuter Psychose erkrankten. Meiner Meinung nach können überhaupt

[1]) Gerichtliche Psychiatrie, S. 206.
[2]) Verbrechen und seine Bekämpfung 1903, S. 156.
[3]) Allg. Zeitschr. f. Psych., 60. Bd., 6. H.
[4]) Trotz zahlreicher Bedenken auch Gennat in seiner neuesten Schrift Strafsystem und seine Reform, S. 26 und 29.

nur solche Fälle mit der Einwirkung der Strafhaft in Konnex gebracht werden, in deren Entwicklung und Symptomatologie gerade die Eindrücke der Haft, speziell der einsamen Haft eine Rolle spielen. Hierher gehören gewisse Fälle von Paranoia,[1]) ferner Fälle von Halluzinose, die ich im Gegensatz zu Rüdin mit der Halluzinose Wernickes identifizieren möchte und seltener intestinale Psychosen, in denen die hypochondrische Sorge um die Gesundheit und die eigene Erhaltung das Krankheitsbild fast vollkommen beherrscht. Nur einmal habe ich während kurzer Gefängnisstrafe bei einem bankerott gewordenen Kaufmann sehr bald nach Beginn der Strafverbüßung eine Melancholie, einmal bei einem oft bestraften Zuchthäusler manisch-depressives Irresein beobachtet. In diese große Gesamtgruppe sind von unseren 64 Fällen etwa 23 zu zählen. Es scheiden aber eine Reihe aus, bei denen entweder die Krankheit bereits in ihren Anfängen bei Beginn der Strafvollstreckung vorhanden war oder die eigenartige Lebensführung auf eine stark pathologische Persönlichkeit hindeutete. In einigen anderen Fällen lag eine epileptische Veranlagung zugrunde, in zwei weiteren waren die Krankheitssymptome in der zwölften bzw. dreizehnten Strafverbüßung eingetreten. Nur bei 8 bis 9 unserer sämtlichen Fälle kann demnach Auftreten, Verlauf und Form der Krankheit mit einiger Berechtigung mit dem Strafvollzuge in Konnex gebracht und der Einzelhaft ein gewisser Anteil am Ausbruch der Krankheit zugesprochen werden. Von diesen erkrankte einer am Ende seiner achten Strafe an einer hypochondrischen Psychoneurose, in der Ideen: geschlechtskrank, unheilbar zu sein, unter dem Affekte der Verzweiflung im Vordergrunde standen und schließlich eine weitere Strafverbüßung unmöglich machte. Der Kranke hatte früher eine ernste Kopfverletzung erlitten.

Von den übrigen Fällen, die das Bild einer vorherrschend halluzinatorischen Psychose darboten, standen sieben im Alter von $17^1/_2$ bis 22 Jahren, als sie in die Strafanstalten gelangten, also in einem Alter, das erfahrungsgemäß dem Ausbruch geistiger Störungen besonders günstig ist. Es zeigt sich ferner, daß nachweislich sechs von diesen Kranken durch Epilepsie unter den Familiengliedern, schweren Alkoholismus des Vaters und eigene Kopfverletzung ernstlich belastet und daher unter allen Lebensbedingungen dem Auftreten einer geistigen Störung ausgesetzt sind. Was hier der Strafvollzug und im besonderen die Einzelhaft zu verschulden scheint, wird bei Individuen, wie den hier betrachteten, jede andere intensivere gemütliche oder körperliche Einwirkung zuwege bringen, sei es der Militärdienst, sei es geistige Überanstrengung u. a. m. So decken sich meine Erfahrungen in weitem Maße mit den oben wiedergegebenen von Sommer. Es wäre daher auch gänzlich verfehlt, bei diesen psychisch Gefährdeten den Gefahren, die ihrem labilen Geisteszustande von der Einzelhaft drohen, durch die Deportation in tropische Länder begegnen zu wollen. Die schönen, verführerischen Schilderungen Heimbergers und Wagners über die Arbeit in der freien Natur werden aus der Praxis ganz anders klingen. Für unseren Zweck genügt es, darauf hinzuweisen, daß gerade in tropischen Gegenden neuropathische Individuen ganz besonders gefährdet sind.[2]) Auf der anderen Seite sind wir im Rahmen des heutigen Strafvollzuges wohl imstande, die Gefahren der Einzelhaft für derartige Gefangene einzuschränken, ohne den Ernst und die Strenge der Strafe zu vermindern oder illusorisch zu machen. Die für die preußischen Strafanstalten im Bereiche des Ministeriums des Innern geltenden Vorschriften schreiben allen Oberbeamten regelmäßige Besuche bei jedem Gefangenen vor; auf diese Weise erhält der Sträfling stets Gelegenheit über das, was ihn beschwert, bald mit dem Direktor, bald mit dem Geistlichen oder Arzte usw. zu reden und ein weiteres Moment geistiger Anregung in das Einerlei seines Daseins zu bringen; während andererseits der besuchende Beamte frühzeitig bedenkliche Gedankengänge oder Anomalien der Stimmung erkennen und bekämpfen kann. Je sorgfältiger diese nach vielen Richtungen so wertvolle Vorschrift durchgeführt wird, um so besser wird sich die Prophylaxe der Geistesstörungen im Strafvollzuge gestalten.

[1]) Nicht selten mit beherrschenden religiösen Wahn- oder Größenideen. (Der Kranke ist aller Sünden ledig, wird erhöht, Priester, Abt, Bischof, Papst.)

[2]) S. die lehrreichen Ausführungen von Rasch, Allg. Zeitschrift f. Psych., Bd. 54: Über den Einfluß des Tropenklimas auf das Nervensystem.

Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen?

Von

Dr. Walther Stempel,

dirigierender Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem und Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte in Breslau.

Mehr als zwei Dezennien sind seit der Einführung der sozialen Gesetzgebung in Deutschland vorübergegangen.

In Wirklichkeit ist umgesetzt worden, was die Humanitätsfreunde aller Zeiten und Länder seit jeher geträumt und erstrebt haben, eine staatliche Fürsorge für den erkrankten und gealterten oder in seinem Berufe verunglückten Arbeiter zu schaffen, dem in weitaus den meisten Fällen der kärgliche Verdienst nur gestattet, von der Hand in den Mund zu leben und der infolgedessen nur in ganz vereinzelten Ausnahmen in der Lage ist, von seinem Arbeitsverdienst etwas für die Tage der Krankheit und des Alters zurückzulegen.

Fürwahr ein Werk so erhabener und hochherziger Gesinnung und Menschenliebe, welches, auch wenn es nur die einzige Betätigung seines Schöpfers gewesen wäre, vollauf genügt hätte, ihm hierfür den Beinamen des Großen für alle Zeiten und Ewigkeiten zu sichern.

Der Zeitraum, welcher seit der Einführung der sozialen Gesetzgebung verstrichen ist, läßt sehr wohl jetzt ein ziemlich abschließendes Urteil darüber zu, in welcher Weise sich die Hoffnungen und Erwartungen, welche man an dieses Riesenwerk geknüpft hat, erfüllt haben.

Wenn auch von den schroffsten Gegnern unserer sozialpolitischen Fürsorge neidlos anerkannt werden muß, daß ein großes Stück sozialen Elends bei uns in Deutschland aus der Welt geschafft worden ist, so haben doch tatsächlich die Verhältnisse, wie sie zurzeit auf sozialem Gebiet liegen, keineswegs den Erwartungen und Wünschen so vollkommen entsprochen, wie man sie bei Einführung des Gesetzes gehegt hat.

Anstatt daß durch die Millionen, welche seit Einführung der sozialen Gesetzgebung den breiten Schichten des Volkes zugute gekommen sind, eine gewisse Zufriedenheit und Anerkennung erzielt worden wäre, wächst im Gegenteil die Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen von Tag zu Tag und der Ausspruch eines hervorragenden Politikers, daß die fixe Idee nach der Rente allmählich beginne, sich zu einer Volkskrankheit auszuwachsen, muß von demjenigen voll und ganz anerkannt werden, der seit Jahren diesen Verhältnissen nahe steht.

Und bereits fangen auch die anfänglich imposanten Mittel an infolge des zweifellosen Mißbrauchs, der mit ihnen getrieben worden ist, knapper zu werden, man beginnt auch schon in den ausschlaggebenden Kreisen einzusehen, daß in der gleichen Weise wie bisher nicht weiter gewirtschaftet werden kann, soll man nicht schließlich vor die Frage eines wirtschaftlichen Ruins gestellt werden.

Und in diesen Zeiten des Schwankens mehren sich die Stimmen nach einer raschen Abhilfe der bestehenden Schäden, nach einer Festigung und Aufrechterhaltung eines Werkes, wie es wohl kaum jemals wieder zur Hilfe der arbeitenden Klasse geschaffen werden kann.

Aber woher soll diese Hilfe kommen, auf welchem Wege wird es möglich sein, den stolzen Bau ohne Unterminierung seiner Grundpfeiler zu festigen und zu bewahren?

Meiner Überzeugung nach kann diese Hilfe vorwiegend nur von einem Stand kommen, auf dessen tätige Mitarbeit das ganze Gesetz aufgebaut ist und dessen man doch anfänglich in einer kaum zu verstehenden Verkennung der Tatsachen entraten zu können glaubte.

Nur mit Hilfe der gesamten Ärzteschaft wird es möglich sein, einmal die jetzt im Laufe der Zeit entdeckten Schäden auszumerzen und für die Zukunft das Werk derart zu befestigen, daß kein Sturm mehr, von welcher Seite er auch heranbrausen mag, dasselbe zerstören kann.

Soll die Mitarbeit dieses Standes jedoch diejenige Hilfe bringen, welche sich nunmehr als absolut notwendig erweist, dann müssen erst eine Anzahl Vorbedingungen erfüllt werden, welche zu schildern der Zweck vorstehender Arbeit ist. — Es ist bekannt, daß mit der Einführung der sozialen Gesetzgebung an uns Ärzte eine Menge ganz neuer und bis dahin vollkommen unbekannter Anforderungen herangetreten sind.

Es galt nun nicht mehr allein ein geübter Erkenner der einzelnen Krankheitserscheinungen und gewiegter Therapeut zu sein, nein, hauptsächlich hieß es nun die Frage zu entscheiden, in welcher Weise eine vorhandene Krankheit oder Verletzung die Arbeitsfähigkeit eines Menschen beeinträchtigt.

Eine ganz neue Seite der medizinischen Tätigkeit, von einer Vielgestaltigkeit und Verantwortlichkeit, wie man sich anfänglich nicht träumen ließ.

Und wie hat sich nun die Ärzteschaft dieser so vielfach veränderten Tätigkeit angepaßt?

Hierüber kann sich wohl nur derjenige ein einigermaßen zutreffendes Urteil erlauben, der selbst in jahrelanger Tätigkeit inmitten des gewaltigen Betriebes der sozialen Gesetzgebung gestanden hat, dem es nicht an Hunderten, sondern an vielen Tausenden von Fällen möglich gewesen ist, die Ärzteschaft in ihrer neuen gutachtlichen Tätigkeit zu beobachten.

Wenn ich für meine Person mir ein derartiges Urteil gestatten kann, so muß ich vorausschicken, daß ich nunmehr seit länger als zehn Jahren in engster Fühlung mit den ausführenden Organen der sozialen Gesetzgebung der Provinz Schlesien stehe, einer Provinz, welche, was die Zahl der alljährlich in Frage kommenden einschlägigen Fälle anbelangt, sich weit an der Spitze der übrigen Provinzen und Länder des Deutschen Reiches befindet.

Auf Grund dieser Tätigkeit ist es nun nicht schwer gewesen, sich ein ziemlich klares Bild darüber zu verschaffen, wie die Ärzteschaft sich mit ihrer neuen Aufgabe abgefunden hat.

Was den guten Willen, regen Forschungsgeist und die Arbeitsfreudigkeit auf dem neuen Gebiete anbelangt, so muß der deutschen Ärzteschaft unter allen Umständen ein glänzendes Zeugnis ausgestellt werden; unter oft sehr schwierigen Verhältnissen hat sie es verstanden, sich in die neue Materie einzuarbeiten, was wissenschaftlich in den zwei Dezennien geleistet worden ist, ist an Vielseitigkeit, Fülle des Materials und Entdeckung neuer, bis dahin völlig unbekannter Tatsachen einfach bewundernswert, ist doch die Literatur über soziale Gesetzgebung besonders nach der Seite der traumatischen Erkrankungen hin derartig angewachsen, existieren doch bereits eine so große Anzahl hervorragender Fachzeitschriften, daß es selbst dem fleißigsten schwer wird, sich einigermaßen durch die Fülle des Materials hindurch zu arbeiten.

Aber eben gerade diese Fülle und Vielgestaltigkeit des Neuen muß es dem werdenden praktischen Arzt unmöglich machen, bei der heute noch üblichen Art des medizinischen Studiums und den sonstigen großen Anforderungen der Praxis sich alle diejenigen Kenntnisse und Fähigkeiten anzueignen, die unter allen Umständen von einem Gutachter gefordert werden müssen, können es doch zurzeit schon bei der Eigenart des Materials immer nur Vereinzelte bleiben, welche durch gewisse Begünstigungen in der Lage sind, sei es an einem Krankenhaus. sei es als beamteter Arzt, sich eingehender mit der sozialen Gesetzgebung zu befassen und damit alles das beherrschen zu lernen, was für eine gerechte Beurteilung erforderlich ist.

Dem jungen Mediziner bleibt jedoch die ganze soziale Gesetzgebung aber leider heutzutage im großen und ganzen noch ein Terra incognita; als junger Arzt tritt er hinaus in die Praxis und gewöhnlich pflegen bereits die ersten Fälle, welche seine Tätigkeit in Anspruch nehmen, gutachtliche Äußerungen zu sein.

Rechnet doch das Publikum sehr wohl mit der Unkenntnis des Anfängers gerade auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung und hofft darum von dem jungen Arzt ein seinem Zweck dienliches und entgegenkommendes Gutachten zu erlangen.

Es sei aber an dieser Stelle zur Ehre der deutschen Ärzteschaft betont, daß die sogenannten Gefälligkeitsgutachten immer seltener und seltener werden, immerhin sind sie doch noch in so großer Menge anzutreffen. besonders wenn sie ohne jegliche Kenntnis des Akteninhalts abgegeben werden, wie es größtenteils geschieht, daß einer sachgemäßen Beurteilung allerhand ernste Schwierigkeiten entgegen stehen.

Ich sehe hierbei ganz ab von denjenigen Ärzten, die zum Teil aus parteipolitischen Gründen, zum Teil wohl auch aus Not Gutachten ausstellen, welche eine wissenschaftliche Nachprüfung nicht aushalten und deren Abschätzungen weit über das Maß des Erlaubten hinausgehen, derartige Fälle kommen vor, sind aber doch recht selten; die Betreffenden sind den Behörden auch größtenteils wohl bekannt und man pflegt über ihre Gutachten zur Tagesordnung überzugehen.

Nein, ich will vor allem von jenen Gutachtern reden, die zweifelsohne vom besten Willen getrieben und aufs gewissenhafteste die Untersuchung vornehmen, die aber aus Unkenntnis einer großen Anzahl wichtiger Faktoren in der Begutachtung weit über das Ziel hinausschießen, sei es, daß sie, was am häufigsten vorkommt, in der Beurteilung viel zu milde sind, sei es, daß sie einen bestehenden objektiven Befund nicht genügend würdigen oder bei schwierigeren Fällen nicht erkennen und darum zu niedrig einschätzen.

Wer in der Lage ist, eine größere Anzahl ärztlicher Gutachten nachlesen zu müssen, wird sich sicher des Eindrucks nicht erwehren können, daß recht viel Ärzte sich einmal in bezug auf den Grad der Abschätzung recht unsicher fühlen. weiterhin aber besonders bei der Untersuchung eine Menge von wichtigen Tatsachen übersehen oder vergessen, welche für eine genaue Beurteilung des Falles von größter Wichtigkeit sind.

Es kann aber keinem Zweifel unterliegen, daß ärztlicherseits jetzt noch zu viele und auch zu hohe Renten bewilligt werden.

Es ist dies mit einer der Hauptgründe, warum in den letzten Jahren die Ausgaben so ins ungeheure gewachsen sind, hier muß naturgemäß energisch eingesetzt werden, um den die Ufer überschreitenden und alles mit sich reißenden Rentenfluß einzudämmen und in richtige, geordnete Bahnen zu leiten. Und hierfür ist meiner Ansicht nach jetzt der rechte Zeitpunkt gekommen. Dank der unermüdlichen Tätigkeit unserer Wissenschaft sind wir in den 20 Jahren seit Bestehen der sozialen Gesetz-

gebung jetzt tatsächlich in der Lage, sowohl die durch Krankheiten, als auch die durch Unfall bedingte Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit einigermaßen richtig einschätzen zu können.

Wenn auch besonders auf dem Gebiet der Unfallheilkunde immer noch neue Tatsachen an das Tageslicht gezogen werden, wenn wir auch immer noch von neuem den Einfluß des Traumas bei dieser oder jener Erkrankung mehr und mehr anerkennen müssen, im großen und ganzen ist der Bau vollendet, wenn auch hier und da noch ein Eckstein einzusetzen ist.

Nun gilt es jedoch, die einzelnen Bausteine der Allgemeinheit der Ärzteschaft zugänglich zu machen, sie eingehend darüber zu belehren, wie Stein an Stein gefügt werden muß, damit der Bau ein fester und unvergänglicher werde.

Daß dies jedoch nur nach einem bestimmten Lehrplan möglich ist, wird jeder einsehen, welcher die Einzelheiten kennen lernt, aus denen sich der ganze Bau der sozialen Gesetzgebung zusammensetzt und welche diejenigen mit Sicherheit beherrschen lernen müssen, welche das verantwortungsvolle Amt eines Gutachters übernehmen.

Es erscheint demnach zunächst eigentlich ganz selbstverständlich, daß jeder Arzt eine gewisse Kenntnis des Gesetzes selbst, soweit dasselbe für den Mediziner von Wichtigkeit ist, besitzt.

Allein gerade nach dieser Richtung hin herrscht unter der größeren Anzahl von Ärzten eine fast vollkommene Unkenntnis und diese ist es, welche bei der Beurteilung außerordentlich störend und hindernd in den Weg tritt und der gerechten Entscheidung mitunter die größten Schwierigkeiten bereitet.

Es ist selbstverständlich keineswegs erforderlich, daß jeder Arzt die einzelnen Paragraphen des weit verzweigten Gesetzes kennt, die wichtigsten Abschnitte sowie die Kommentare derselben müssen aber unter allen Umständen denjenigen geläufig sein, welche ein gerechtes und objektives Gutachten abgeben wollen, womit einzig und allein der Allgemeinheit gedient ist.

So ist vielfach vollkommen unbekannt der Unterschied zwischen dem Invaliditäts- und Unfallgesetz, beide sind ganz unabhängig von einander entstanden und bieten eine Menge durchaus Verschiedenes.

Der Grundzweck der ganzen Gesetzgebung ist bekanntlich die Absicht, dem durch Krankheit arbeitsunfähigen Arbeiter sowie dem im Betriebe Verletzten eine Rente zu gewähren.

Aber schon in der Art der Rentenbewilligung bestehen ganz fundamentale Unterschiede, je nachdem es sich um die Invaliditäts- oder Unfallversicherung handelt.

Es empfiehlt sich daher, die gesetzlichen Bedingungen beider Versicherungen gesondert zu betrachten, soweit es in dem Rahmen dieser Arbeit zulässig ist. (Fortsetzung folgt.)

Ersatzansprüche gegen einen Arzt wegen „Fehldiagnose bei Glaukom".

Ein Gutachten

von

Dr. Wilhelm Feilchenfeld.
Augenarzt in Charlottenburg.

Zu einem augenärztlichen Gutachten über die Krankheit der Frau N. aus O. und ihre Behandlung durch den inzwischen verstorbenen praktischen Arzt Dr. X. sind mir als Unterlage zwei Gutachten und Aussagen der Augenärzte Dr. Y. und Dr. Z. in Abschrift übergeben worden. Außerdem wurde mir ein Auszug aus dem Journal des Dr. X. vorgelegt, aus dem hervorgeht, daß Dr. X. im Februar und März 1903 44 Besuche und 6 Nachtbesuche bei Frau N. gemacht hat, ihr wiederholt Morphium injizierte und sie siebenmal galvanisierte.

Um ein sicheres Urteil über die ursprüngliche Erkrankung der Frau N. zu gewinnen, müßte man einen eingehenden objektiven Krankheitsbericht über den Beginn der Erkrankung haben; ein solcher liegt nicht vor. Die Aussagen der Kranken und ihrer Umgebung, die einige oder gar längere Zeit nach dem Beginne gemacht werden, sind auch bei gebildeten nicht ärztlich geschulten Personen meist so unzuverlässig, daß der erfahrene Arzt fast stets solche Berichte nur mit der größten Vorsicht verwenden wird. Man ist hier also im wesentlichen auf den Befund angewiesen, den Herr Dr. Y. am 19. März 1903 erhoben und in seinem Gutachten vom 29. Dezember 1904 wiedergegeben hat. Aus diesem Befunde ergibt sich, daß an dem genannten Tage auf beiden Augen ein entzündliches Glaukom (grüner Star) bestand, daneben aber auf dem linken Auge ein eitriges Hornhautgeschwür mit Eiteransammlung in der vorderen Kammer. Diese letztere Erkrankung hat mit dem Glaukom gar keinen Zusammenhang, und wäre es wünschenswert gewesen, wenn der begutachtende Arzt näheres über seine Nachforschung nach der Ursache dieser eitrigen Entzündung angegeben hätte. Bei der Operation (Iridektomie) wurden auf beiden Augen feste Verwachsungen der Regenbogenhaut mit der Linsenoberfläche gefunden. Herr Dr. Y. führt diese auf „die längere Dauer der glaukomatösen Entzündung zurück". Der Befund ist aber durchaus nicht so einseitig, wie es der Gutachter hier bestimmt annimmt. Verwachsungen der Regenbogenhaut und Linsenoberfläche können im Verlaufe eines Glaukoms allerdings vorkommen, doch sind sie durchaus nicht etwa — auch in unzweckmäßig behandelten Fällen — die Regel; hier aber müssen sie unbedingt zu der Annahme führen, daß die Krankheit als eine Entzündung der Regenbogenhaut und des Strahlenkörpers (Iridocyklitis) begann und sich an diese sekundär ein Glaukom anschloß; ein solches aber ist ganz anders zu beurteilen als ein primäres und kann dasselbe sich sehr wohl erst kurz vor der Untersuchung durch Dr. Y. entwickelt haben. Die Ansicht des Herrn Dr. Y., die bei der Iridektomie gefundenen Verwachsungen auf dem linken Auge auch auf die längere Dauer der glaukomatösen Entzündung zurückzuführen, ist durchaus abzulehnen, da hier nach seiner Angabe eine eitrige Hornhautentzündung mit Eiter in der vorderen Kammer bestand und eine derartige Erkrankung außerordentlich häufig zu Verwachsungen der Regenbogenhaut mit der vorderen Linsenoberfläche führt, immer aber zur Entzündung der Regenbogenhaut, welche eben sekundär ein Glaukom später verursachen kann. Wie lange diese ursächliche eitrige Hornhautentzündung bestand und wann der Augenarzt die Iridektomie auf diesem Auge ausführte, darüber fehlen im Gutachten alle Angaben, obwohl sie zur Erklärung der Auffassung des Dr. Y. als Glaukomfolge nicht zu entbehren sind. Übrigens ist auffallend, daß der zweite Gutachter, Herr Dr. Z. die Verwachsungen, welche angeblich den unvollkommenen Erfolg der beiderseitigen Operation verursachten, nicht gefunden hat, während doch die „festen Verklebungen" auch bei seiner Untersuchung unbedingt noch hätten vorhanden sein müssen. Daß im Gegenteile links das Glaukom ein frischeres war, als rechts, konnte man aus der Angabe des Dr. Y. entnehmen, daß trotz des Hornhautgeschwüres und der Eiteransammlung im Auge die Sehkraft eine bessere als rechts war, nämlich $^1/_{35}$ der Norm, während hier doch noch die Trübung der sonst durchsichtigen Medien zu der inneren Augenerkrankung hinzutritt, so daß die allein durch das Glaukom bedingte Sehbeeinträchtigung naturgemäß noch geringer war; ferner gibt Dr. Y. an, daß auch die Drucksteigerung dieses Auges geringer war, als rechts. Nach dem Gutachten des Dr. Z. aber ist das linke Auge „einige Tage" nach dem rechten erkrankt, also mußte bei der Untersuchung des Dr. Y. die angebliche Glaukom-

erkrankung auf beiden Augen ungefähr gleich lange bestanden haben. Es muß auffallen, daß die Erkrankung der beiden Augen trotzdem so sehr verschieden weit vorgeschritten war; hierfür aber hat man eine ausreichende Erklärung in der Annahme, daß das zweite Auge eben infolge der von Dr. Y. beobachteten Entzündungserscheinungen sekundär glaukomatös wurde, während die Iridocyklitis im Beginne die Schmerzen verursachte. Daß Dr. Y: die erhebliche Sehstörung auf dem linken Auge nach seiner Operation auf glaukomatöse „Sehnervenschrumpfung“ zurückführt, kann nur eine Vermutung seinerseits sein, ist aber durch seinen Befund in keiner Weise begründet, da er ja den Sehnerv gar nicht sehen konnte: er sagt: „im Augeninnern ließen sich Einzelheiten nicht erkennen“ und Dr. Z. weist, wie soeben erwähnt, auf die dichte Hornhauttrübung hin, die nach Dr. Y.s Gutachten grade „die Mitte der Hornhaut“ einnehmen mußte. Dr. Z. hat darum auch über den Befund im Innern des Auges und über event. Sehnervenschwund nichts ausgesagt, da er eben derartiges nicht sehen konnte. Diese Narbe muß naturgemäß gleich nach Heilung der Hornhautentzündung auch vorhanden und störend gewesen sein, so daß es schwer verständlich ist, wie Dr. Y. diese positive Angabe über den Sehnervenschwund machen konnte, und warum er mit keinem Worte darauf hinweist, daß die Sehstörung auf diesem Auge doch mindestens zum Teil durch die Hornhauttrübung verursacht war.

Für die Annahme eines Sekundärglaukoms auf beiden Augen spricht weiter, daß Dr. Y. eine Trübung der rechten Kristalllinse, Dr. Z. dann auch der linken fand, welche Dr. Y. ja auch auf dem rechten Auge „allerdings ohne Erfolg“ operierte. Eine solche Starbildung ist im Verlaufe eines Glaukoms nicht so ganz selten, daß sie aber so frühzeitig „schon vier Wochen nach Beginn der Erkrankung“ als Glaukomfolge auftritt, ist höchst ungewöhnlich und muß unbedingt die Sicherheit der Diagnose eines primären Glaukoms wesentlich erschüttern.

Ob Dr. X. beim Beginn der Erkrankung dieselbe richtig erkannt hat, ist nachträglich garnicht festzustellen, zumal ja auch die richtige Diagnose der ursprünglichen Krankheit durchaus nicht gesichert ist. Die Verordnung von Atropin ist bei einfachen unkomplizierten Glaukom unzweckmäßig, aber es muß auch bei Glaukom, wenn die Neigung zur Verwachsung der Regenbogenhaut mit der vorderen Linsenkapsel besteht, wie es bei Frau N. Dr. Y. gefunden hat, die Anwendung von Atropin als die einzig richtige Medikation angesehen werden! Wenn es sich aber, wie als durchaus wahrscheinlich ausgeführt wurde, im Beginne um eine Iridocyklitis gehandelt hat, so wäre die Nichtanwendung von Atropin gradezu als Kunstfehler anzusehen.

Daß man einem praktischen Arzte in einer kleinen Stadt die sichere Diagnose einer schwierigen Augenerkrankung zumuten darf, ist unbedingt zu verneinen, zumal bei einem Glaukom. Dieses zeigt im Beginne außerordentlich häufig so sehr mannigfaltige Beschwerden, die die Aufmerksamkeit auf andere Organe lenken, daß, wie z. B. Schmidt-Rimpler in seinem Lehrbuche der Augenheilkunde (2. Auflage Seite 329) sagt, „zu betonen ist, daß anderweitige Erscheinungen, wie Kopf- und Gesichtsschmerzen, oft mit Erbrechen verknüpft, das lokale Leiden zuweilen übersehen lassen“. Übrigens kann ich aus eigener Erfahrung mit Sicherheit angeben, daß solche Irrtümer — Verkennen eines beginnenden Glaukoms und fälschliche Anbringung von Atropin dabei — auch bei hervorragenden allgemein anerkannten Professoren der Augenheilkunde zuweilen vorkommen, ohne daß man die Berechtigung hat, ihnen daraus einen Vorwurf zu machen.

Ob eine frühzeitige Überweisung an einen Spezialarzt die Frau N. vor der Erblindnng hätte bewahren können, ist nicht mit Sicherheit anzugeben; es spricht sogar im Gegenteil der Verlauf der Operation dafür, daß in diesem Falle die Wirkung der meist heilbringenden Operation (Iridektomie) ausgeblieben wäre, denn die Iridektomie hat auch auf dem linken Auge das bei Beginn der augenärztlichen Behandlung noch 1/35 der normalen Sehschärfe hatte, die Abnahme der Sehkraft nicht aufhalten können. Man kann durchaus nicht mit Sicherheit die Heilkraft der Iridektomie bei Glaukom in allen Fällen behaupten. Dr. Vettingen fand unter 75 Glaukomiridektomien der Universitätsaugenklinik in Basel (Zeitschrift für Augenheilkunde Bd. V. 1901 S. 432) Besserung nach der Operation bei Glaucoma acutum in 73,91% bei Glaucoma chronicum nur in 39,28% keinen Fall von Besserung bei Glaucoma simplex, unverändert nach der Operation 4,34%, 14,29%, 25%. Verschlechterung nach der Iridektomie 21,74%, 35,71%, 66,66%; Zerstörung des Auges 0%, 10,71%, 8,33%. Auch Hahnloser fand (Zentralblatt für praktische Augenheilkunde Bd. XX. 1896, Seite 659) auf der Züricher Augenklinik bei Glaukoma inflammatorium chronicum (diese Diagnose ist von Dr. Y. bei Frau N. am 19. September 1903 gestellt worden) in 48,5% völlige oder fast völlige Erblindung nach der Iridektomie, in 28,57% relative, in 22,86% absolute Heilung. Er sagt: „Man ist bei der Iridektomie bei Glaucoma inflammatorium des absolut günstigen Ausgangs nie sicher“. „Auch ein Erfolg der Iridektomie kann nur vorübergehend sein.“ Es wird auch berichtet, daß in einer Prozeßsache in Wien von dem Professor der Augenheilkunde Dr. Stellwag vor Gericht erklärt wurde, man könne einem Arzte, der bei Glaukom von der Iridektomie abredet, oder sie unterläßt, keinen Vorwurf machen. Die Aussage des vernommenen Augenarztes Dr. Z. — Schlußsatz — entspricht diesen Ausführungen durchaus.

Auf Grund dieser Betrachtungen können wir behaupten:

1. Daß die hochgradige Beeinträchtigung der Sehkraft des linken Auges im wesentlichen auf die von einem Augenarzte rechtzeitig kunstgerecht behandelte eitrige Hornhautenzündung zurückzuführen ist, da diese mit einer dichten, zentralen porzellanfarbigen Narbe (Leukom) heilte, welche das Sehen, ganz abgesehen von der inneren Augenerkrankung, auf ein Minimum herabsetzen mußte.

2. Daß das Leiden der Frau N. im Beginne wahrscheinlich nicht Glaukom, sondern Iridocyklitis war.

3. Daß jedenfalls aber — falls Glaucom doch vorlag — der Fall in seinem Verlaufe ungewöhnlich war, so daß eine richtige Diagnose von einem praktischen Arzte nicht verlangt werden konnte.

4. Daß die Anwendung von Atropin in diesem Falle nicht als ein Kunstfehler anzusehen ist, vielleicht sogar das einzig anwendbare Medikament war.

5. Daß die frühzeitige Spezialbehandlung mit Operation vermutlich in diesem Falle die Erblindung nicht hätte verhindern können.

Infolge dieses Gutachtens zog Klägerin die Klage zurück und verzichtete gegen Übernahme der Gerichtskosten durch den Beklagten auf jegliche Ersatzansprüche.

Referate.

Allgemeines.

Über Veränderung der Haarfarbe.

Von Wachholz.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Ein interessantes Beispiel für chemische Veränderungen im Organismus durch psychische Einwirkungen ist W.s Fall. Das bis dahin rabenschwarze Haar eines 60jährigen Mannes verfärbte sich, seit er durch Prozesse all sein Hab und Gut

verloren hatte, rotbraun. Die Auffassung, daß die schwarzen Haare = rote, an granuliertem Pigment reiche Haare sind, während die roten Haare = schwarze mit mehr rarefiziertem Pigment versehene Haare sind, erklärt den Mechanismus der Transformation. Horstmann, Treptow a. Rega.

Über die anatomischen Kennzeichen der vitalen und postmortalen Verbrennung.

Von k. und k. Regimentsarzt Dr. Fritz Reuter.

(Wiener klinische Wochenschrift 1905, Nr. 23.)

1. Aus den an der Leiche vorgefundenen Verbrennungen 1. bis 3. Grades allein läßt sich nicht entscheiden, ob die Verbrennung während des Lebens oder erst nach dem Tode stattgefunden hat. Es ist zur Entscheidung dieser Frage immer auch der Befund an den inneren Organen (Nachweis aspirierter Rußpartikelchen, einer Kohlenoxydgasvergiftung) heranzuziehen.

2. Auch postmortal können an ödematösen Körperstellen mit Serum gefüllte Brandblasen erzeugt werden. Die so entstandenen Blasen sind meist sogenannte Verdrängungsblasen, wie sie bei intensiven Ödemen zur Beobachtung kommen. Auch Beobachtungen und Versuche, in denen es gelang, an der „überlebenden Haut“ durch Störung der zellulären Funktion der Retezellen seröse Blasen zu erzeugen, sind bei der Begutachtung einschlägiger Fälle zu berücksichtigen. Niehues-Berlin.

Beitrag zur Hämatoporphyrinprobe.

Von Dr. Masao Takayama, Japan.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin. 1905. Bd. 29, S. 232.)

Die von Kratter angegebene Hämatoporphyrinprobe zur Erkennung von Blutspuren in forensischen Fällen ist unbrauchbar für die Untersuchung von flüssigem oder halbflüssigem und frischem, nicht eingetrocknetem Blut; ferner bei Anwesenheit von schon durch kalte, konzentrierte Schwefelsäure leicht verkohlbaren organischen Substanzen sowie von Kohle, endlich bei Anwesenheit von in Schwefelsäure löslichen, färbenden Stoffen. Letzterer Umstand ist für Japan besonders wichtig, weil dort die Arbeiter mit Vorliebe zur Kleidung mit Indigo gefärbte baumwollene Stoffe wählen und weil auch sonst häufig mit Indigo gefärbte Seide bei den wohlhabenden Leuten als Stofffutter dient.

Bei solchen Stoffen wird die Hämatoporphyrinprobe nicht nur durch Indigo, sondern auch durch das baumwollene Gewebe, welches in Schwefelsäure leicht verkohlt und das Hämatoporphyrin in der saueren Lösung verunreinigt, gestört. In solchen Fällen gelang es M., den Blutnachweis durch Hämatoporphyrin in saurer Lösung zu führen in folgender Weise. Die in Lösung tretenden Produkte der Verkohlung organischer Stoffe werden nach kurzer, vorsichtiger Erhitzung über einer Spirituslampe unter beständigem Schütteln und nachheriger dreifacher Verdünnung mit Wasser als schwarze Flocken abgeschieden und dann durch Filtration beseitigt. Das Hämatoporphyrin in der sauren Lösung zeigt durch dieses Verfahren in bezug auf seine Löslichkeit und sein spektroskopisches Verhalten keine Veränderungen. J. Meyer, Lübeck.

Cristaux d'hématoidine comme preuve de l'ancienneté des lesions traumatiques.

Par le Dr. G. Corin.

(Travail de l'Institute de Medicine legale de l'Université de Liège).

Das Hämatoidin bildet die letzte Umformung des aus dem lebenden Gewebe ausgetretenen Blutes. Es zeigt sich in der Form von rhomboedrischen Kristallen von gelbroter Farbe oder als amorphes Pigment. In gerichtsärztlicher Beziehung wichtig ist die Tatsache, daß es nicht sofort in dem ausgetretenen Blute erscheint, sondern erst nach einigen Tagen. Man kann daher aus dem Befunde von Hämatoidin an Verletzungen an der Leiche schließen, daß die Verletzungen schon vor einigen Tagen entstanden sind. Vorausgesetzt ist dabei, daß es sich um einigermaßen frische Leichen handelt, denn bei der Fäulnis entsteht schon durch diese eine relativ schnelle Umbildung in Hämatoidin.

Zwei Fälle, in denen es gelang, durch diesen Hämatoidinnachweis die Frage nach der Zeit der Entstehung von Kontusionen zu entscheiden, werden zur Illustration der Wichtigkeit dieser leicht auszuführenden Untersuchung geschildert.

J. Meyer, Lübeck.

Zur Untersuchung menschlicher Samenflecke für gerichtliche Zwecke.

Von Dr. Wederhake in Elberfeld.

(Deutsche med. Wochenschrift 1905, Nr. 25, pg. 997.)

W. gibt eine einfache Färbemethode an, die das Auffinden der Spermatozoen sehr erleichtert. Der Fleck wird mit reichlicher physiologischer Kochsalzlösung abgelöst, sedimentiert. Die über dem Sediment befindliche Flüssigkeit wird bis auf 1 ccm abgegossen, ein Tropfen Jodtinktur hinzugesetzt, gut geschüttelt und 1 ccm Crocein-Scharlachlösung hinzugefügt und wieder gut geschüttelt. Dann wird Wasser nachgefüllt, zentrifugiert und das Sediment mit Pipette zur Untersuchung entnommen. Die Crocein-Scharlachlösung stellt man folgendermaßen dar: Man löst Crocein-Scharlach 7 B (zu beziehen von Kalle & Ko. in Bieberich) in 70 % Spiritus in solcher Menge, bis ein Teil des Farbstoffes ungelöst bleibt. Diese konzentrierte Lösung filtriert man.

Die Köpfe der Spermatozoen sind intensiv rot gefärbt und können daher leicht aufgefunden werden. J. Meyer, Lübeck.

Mord oder Selbstmord?

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Universität Rom vom Direktor Prof. Dr. Ottolenghi und Dr. Serratrice. Mit 3 Abbildungen im Text. Nach dem Italienischen von Dr. Paul Fraenkel.

(Vierteljahrsschr. f. ger. Med. u. öff. San.-Wes. 3. Folge, 30. Band, 1. Heft. [1905. 3. Heft.])

Ein Diener machte im Hause der Herrschaft ein Attentat auf das Stubenmädchen, welches seinen Anträgen widerstrebte. Dabei überrascht, entfernte er sich. Nach einigen Minuten wurde das Haus durch zwei Schüsse alarmiert. Beim Nachforschen fand man den Diener in dem von innen verschlossenen, aber von außen zu öffnenden Badezimmer tot vor. Die Leiche hockte auf dem Fußboden in der Nähe einer Tür. Sie zeigte zwei Schußverletzungen. Eine oberflächliche, hinten links am Halse beginnend, bis zum Kinn verlaufend. Sodann eine vollständige Zerfetzung des Gesichts — aber ohne Zerstörung des Gehirns, wie bei der Autopsie festgestellt wurde. Um den Hals war die an der Tür herabhängende Kette einer Stelljalousie geschlungen, die dann um den Türdrücker gewickelt war. Dadurch wurde die Leiche in ihrer halbsitzenden Stellung erhalten. Unter ihr eine enorme Blutlache, über ihr in Decke und Wand ein großer Defekt, von dem viel Kalk abgefallen war (Schußrichtung). Der Gewehrriemen lag neben der Leiche, das Gewehr selbst, eine Doppelbüchse, war 75 cm entfernt an die Wand gelehnt. Es enthielt noch eine Patronenhülse; die zweite lag unter der Leiche. — Die Sektion ergab außer dem schon erwähnten Punkt und den unmittelbaren Folgen der Schußverletzungen vollkommene Blutleere der Organe. Die durch die Kette am Halse veranlaßte Schnürfurche war tief, aber ohne Zeichen vitaler Reaktion in Haut und Tiefe. Trotzdem und trotz der Verblutungserscheinungen hält Verf. es für möglich, daß das Erhängen noch am Tode mitgewirkt haben könne. Der erste Schuß kam nicht in Betracht. Die Wirkung des zweiten war noch nicht so, daß das Bewußtsein sofort geschwunden war. Der Mann muß sich noch an die Tür ge-

schleppt haben, wo die herabhängende Kette es ihm ermöglichte, sich zu erdrosseln. Die Beteiligung einer zweiten Person drängte sich in Anbetracht der Stellung des Gewehrs der Erwägung auf. Allein abgesehen davon, daß ein Kampf nicht ohne Blutbesudelung des andern, nicht ohne sonstige Spuren hätte vor sich gehen können, die gänzlich fehlten — halten es die Verfasser für möglich, daß eine der zuerst ins Zimmer gedrungenen Personen das Gewehr aufgenommen und an die Wand gestellt hat. Festgestellt wurde aber nichts derart. Indessen veranlaßten doch alle Begleitumstände das zweifelsohne gerechtfertigte Urteil, daß Selbstmord vorliege. Die Vereinigung zweier verschiedener Todesarten und die Ausführung so überlegter Handlungen durch einen so schwer Verwundeten ist merkwürdig und selten, aber durch den Befund nicht als unmöglich anzusehen. Die Energie ist ja bekannt, die Selbstmörder bisweilen entfalten, um zu ihrem Ziel zu gelangen.

Ktg.

Neurologie und Psychiatrie.

Die verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Von F. Straßmann.

(Vierteljahrsschrift für gerichtl. Medizin u. öffentl. Sanitätsw. 1905, H. 3.)

Str. ist gegen die Einführung des Begriffes der verminderten Zurechnungsfähigkeit, ebenso wie gegen die Kombination von Strafe und Verwahrung. Wenn eine Entscheidung nur zwischen Strafe und Verwahrung übrig bleibt, dann bleiben logischerweise auch nur zwei Kategorien: Die Zurechnungsfähigkeit und die Unzurechnungsfähigkeit. Die schwereren Fälle geistiger Minderwertigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit würden als voll unzurechnungsfähig zu behandeln und strafrechtlich zu erledigen sein. Es fällt dann auch die Frage, was mit den vermindert Zurechnungsfähigen zu geschehen, als solche fort oder sie fällt zum mindesten zusammen mit der leichter zu lösenden Frage, was mit den wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen zu geschehen hat. Hier schließt Str. sich der internationalen kriminalistischen Vereinigung an, insbesondere ihren Vorschlägen über die vorläufige Unterbringung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen, über welche der Strafrichter entscheiden soll, während die spätere Bestimmung über das Schicksal der Freigesprochenen an den Entmündigungsrichter übergehen sollte.

Hoppe-Uchtspringe.

Die Stellung der Geisteskranken in Strafgesetzgebung und Strafprozeß.

Von Kreuzer.

(Medizinisches Korrespondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landes-Vereins, 1905, Nr. 21.)

So angefochten der Begriff der freien Willensbestimmung im deutschen Recht ist, so verursacht er praktisch kaum jemals ernsthafte Schwierigkeiten, nur macht sich der Umstand unliebsam geltend, daß nach dem Wortlaut des Gesetzes mit der fehlenden Schuld auch die Tat selbst als nicht vorhanden zu bezeichnen ist; eine Einstellung des ganzen Strafverfahrens sollte überhaupt nur dann erfolgen, wenn gesundheitliche Interessen des Angeschuldigten dadurch gefährdet werden können. Bei dem Festsetzen der Strafe ist bei den Fällen „verminderter Zurechnungsfähigkeit“ früherer Strafgesetze hauptsächlich der Grund des geringeren Verschuldens zu berücksichtigen; liegt dieser in abnormen Umständen, die noch eine Verantwortlichkeit zulassen, so kann deren Besserung nur durch mühsame, länger dauernde Fürsorge erreicht werden, deren Einleitung durch Gerichtsbeschluß festgesetzt würde. Voraussetzung dafür ist, daß der Strafrichter künftig nicht nur über die Schuldfrage, sondern auch über das nächste Schicksal jedes Angeklagten zu entscheiden hat. Werden die Befugnisse des Strafrichters in diesem Sinne ausgedehnt, so bedarf es eines besonderen Irrenrechtes nicht.

Hoppe-Uchtspringe.

Die Stellung der Geisteskranken in Strafgesetzgebung und Strafprozeß vom juristischen Standpunkt.

Von Schanz.

(Medizinisches Korrespondenz-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landes-Vereins, 1905, Nr. 21.)

Sch. ist für Eliminierung des Begriffes der „freien Willensbestimmung“, weil die Gerichtsärzte mehr und mehr die Beantwortung dieser Frage als einer nicht medizinischen ablehnen. Er schlägt, dem Antrage Mendels gemäß vor, den § 51 dahin zu fassen: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung bewußtlos oder geisteskrank war. Eine vorläufige Verwahrung des Geisteskranken sei nicht vom Richter anzuordnen, da dies nicht zu den Aufgaben des Richters gehöre und Sache der Verwaltungsbehörde sei.

Hoppe-Uchtspringe.

Experimentelle Untersuchungen über die Zeugenaussagen Schwachsinniger.

Von Placzek.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik, 18. Band, Heft 1.)

Ein Hauptergebnis der Untersuchungen ist, daß Schwachsinnige einen einfachen Vorgang, den sie mit durchschnittlicher Aufmerksamkeit beobachten, trotzdem sie unbeteiligt und ruhig sind, nicht mit der Schärfe wahrzunehmen vermögen, wie sie von jeder Zeugenaussage vor Gericht gefordert wird. Sehr schwerwiegend ist auch, daß Suggestionen bei Schwachsinnigen sogar da, wo sie unbeteiligt sind, sehr leicht haften, um wie viel mehr erst in Foro, wo das ungewohnte feierliche Milieu des Gerichtssaals bedrückend wirkt, wo ein Kreuzverhör geschickt gestellter Fragen auf den Schwachsinnigen einstürmt und wo oft genug der Tonfall der Ungeduld und des Zorns ihn noch weiter einschüchtert. Die Fehlerhaftigkeit der Aussage, die Unzulänglichkeit der spontanen Berichtsfähigkeit, die Mängel der Farbenperzeption, die starke Beeinflußbarkeit durch Suggestion beeinträchtigen deshalb stets den Wert dieser Zeugenaussagen. Um dem Sachverständigen eine spätere Kontrolle des Aussagewertes, resp. der Glaubwürdigkeit der Zeugenaussagen zu ermöglichen, muß man zunächst fordern, daß das Protokoll der Zeugenaussage möglichst wortgetreu sei, vielleicht würde hierin durch eine Grammophonaufnahme die größte Genauigkeit erreicht werden können.

Hoppe-Uchtspringe.

Reformvorschläge zur Zeugenvernehmung vom Standpunkte des Psychologen.

Von O. Lippmann.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Verfasser bereichert uns um kritische Betrachtungen auf dem in jüngster Zeit so besonders gepflegten Gebiete der Psychologie der Aussage. Er bringt Ergebnisse eigener und fremder Untersuchungen und strebt namentlich eine psychologische Vertiefung im gerichtlichen Verfahren an. L. stellt folgende Forderungen auf:

1. Bei der Vernehmung des Zeugen sind Fragen tunlichst zu vermeiden. Ev. Fragen sind mit in das Protokoll aufzunehmen.
2. Suggestivfragen sind völlig zu vermeiden.
3. Die Fahrlässigkeit bei der falschen Zeugenaussage soll nicht strafbegründend sein.
4. Die suggestive Wirkung der durch die Presse gebrachten Berichte ist zu beseitigen, zum mindesten bei der Wertung der Aussage zu berücksichtigen.
5. Eine Rekognition kann nur dann als gültig anerkannt werden, wenn der Zeuge den vermutlichen Täter aus einer Reihe womöglich ihm etwas ähnelnder Personen bzw. sein Porträt aus einer Reihe solcher Porträts heraus wiedererkennt.

6. Auf die Aussagen geisteskranker und geistesschwacher Personen, sowie von Kindern allein hin darf eine Verurteilung nicht stattfinden.

7. Zeugen, die Aussagen von entscheidender Wichtigkeit machen, besonders wenn letztere von den Aussagen anderer Zeugen in wesentlichen Punkten abweichen, sind von psychologisch geschulten Sachverständigen auf ihre Glaubwürdigkeit zu untersuchen.

8. Der Richter muß mehr als bisher kriminalpsychologisch vorgebildet sein. Horstmann, Treptow a. Rega.

Die Psychologie der Aussage und der Zeugeneid.

Von Stooß.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Der Zeuge im alten Rom leistete nur einen Glaubenseid. Er beschwor nicht die Wahrheit, sondern nur die Wahrhaftigkeit seiner Aussage. Er durfte nicht behaupten zu wissen (scire), daß er etwas gesehen habe, sondern er sprach nur die Meinung (arbitrari) aus, etwas möglicherweise gesehen zu haben.

St. tritt für Abschaffung des Eideszwanges ein. Der Eid schärft nach St. nicht das Gewissen. Der sittlich gute Mensch sagt ohne Eid die Wahrheit, während auf den moralisch tieferstehenden die religiöse Handlung des Eides keinen Eindruck macht. Der Ansicht H. Groß', der die sachlichen Beweismittel als Erkenntnisquelle über die persönlichen (Zeugen) stellt, wird nicht beigetreten. Horstmann, Treptow a. Rega.

Haftwirkungs-Enqueten.

Von Dr. jur. Freudenthal, Professor an der Akademie in Frankfurt a. M.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform II. 3.)

Aufschlüsse über die Wirkungen, in erster Linie die moralischen Wirkungen der Haft, als wertvolles Material der Strafreform, können uns einerseits die Beamten der Gefängnisverwaltung — beide Worte im weitesten Sinne verstanden —, andererseits die Inhaftierten selbst liefern.

Die Beamten sind aber unter psychologischem Gesichtspunkte Extranei, nur gleichsam sachverständige Zeugen. Die Verbrecher sind immerhin Partei.

Freudenthals Aufsatz enthält ein kritisches Referat des Buches von Fritz Auer (Psychologie der Gefangenschaft; Untersuchungshaft, Gefängnis- und Zuchthausstrafe. München. C. H. Beck. 1905). Freudenthal weist die Vorbehalte auf, die nötig sind, wenn man aus dem einseitig konzipierten Material Auers Schlüsse ziehen will. U. a. ist folgendes zu bedenken:

Die Berichte (bisher sind 29 gedruckt) rühren von einer Art geistiger Elite der Gefangenen her.

Wo der Gefangene über fremdes Tun sich äußert, berichtend oder kritisierend, da ist, zumal wenn er dessen Objekt war, mehr Vorsicht geboten, als wo er lediglich eigene Empfindungen wiedergibt, ohne einen Anlaß zu deren Fälschung zu haben. Nicht zu unterschätzen ist namentlich auch die etwa vorhandene zustimmende Kritik von Gefangenen zu den bestehenden Einrichtungen. Mehreres scheint schon ziemlich unzweifelhaft aus Auers Sammlung von Berichten geschlossen werden zu können:

Die Gefangenen werden in ihrer politischen Gesinnung durch die Erfahrungen der Haft weit nach der äußersten Linken hin gedrängt.

Die Gefangenschaft in kleinen Anstalten ist wohl ungleich drückender als in großen.

Die Untersuchungshaft wird oft besonders qualvoll empfunden. Ob Einzel- oder Gemeinschaftshaft schwerer zu tragen ist, ist individuell ganz verschieden. Hunger scheint tatsächlich vorzukommen. Unser System der Disziplinarstrafen scheint verbitternd zu wirken.

Freudenthal selbst hat zu einer besseren Art von Haftwirkungs-Enqueten angeregt: Lokale Vernehmungskommissionen, aus zwei oder drei Mitgliedern zusammengesetzt, zu denen wo ein solcher vorhanden und dazu bereit wäre, ein Theoretiker des Strafrechts gehören sollte; fänden sich Praktiker zur Vornahme dieser freiwilligen Vernehmungen bereit, so sollten auch sie willkommen sein. Je größer die Zahl der Kommissionen, desto besser. Das Protokoll zu führen, würde einem jungen Juristen in irgendeinem Stadium seiner Ausbildung obliegen.

Durch diese Art der Zusammensetzung wäre der streng wissenschaftliche Charakter der den Lokalkommissionen obliegenden Vernehmungen gesichert. Es sollte eben durchaus deren einziger Zweck der sein, wissenschaftlich verwertbares Material für die gesetzgeberische Reform zu beschaffen.

Die Einheitlichkeit würde sich dadurch wahren lassen, daß die Vernehmungen an der Hand eines Fragebogens stattfänden. Den Inquirenten wäre zu eröffnen, daß die Abgabe von Erklärungen von ihrem freien Willen abhänge und daß sie auf Diskretion bei Veröffentlichung der Vernehmungsergebnisse zu rechnen hätten. Hierdurch — in Verbindung mit dem in Aussicht genommenen Zeitpunkte der Vernehmung, die kurz vor der Entlassung zu erfolgen hätte — scheint es Freudenthal möglich, eine offene und ungefärbte Aussage wenigstens in vielen Fällen zuwege zu bringen.

Ein Korrektiv gegen Irrtümer in der Beweiswürdigung könnten Notizen der Kommission über den persönlichen Eindruck des Vernommenen bilden. Natürlich sollten solche Vernehmungskommissionen, die zwar nicht ausschließlich an den eine Strafanstalt einschließenden Hochschulstädten, wohl aber vor allen an ihnen zu bilden wären, keine dauernde Einrichtung werden. Wäre ausreichendes Material beschafft, so könnten sie durch Beschluß einer Zentralkommission ebenso rasch und einfach außer Funktion treten, wie sie zuvor auf Grund freiwilliger Meldungen ins Leben gerufen waren. Dieser Zentralkommission würde die Ausarbeitung des Fragebogens und die Gesamtorganisation des Planes zufallen. In ihr sollten neben Strafrechtstheoretikern und -praktikern Fachmänner des Strafvollzuges sitzen, die dessen Interessen wahrzunehmen in der Lage wären.

Bdt.

Zur Kriminalpsychologie des Kindes.

Von Dr. jur. Wulffen.

(Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform. 1905. Heft 3.)

Verfasser weist darauf hin, daß die Gesetzgebung mit den Errungenschaften der Medizin und Pädagogik nicht gleichen Schritt gegangen ist, wenn sie dem 12jährigen Kinde nach wie vor die zur Erkenntnis der Strafbarkeit seiner Handlungsweise erforderliche Einsicht als Regel imputiert. Verfasser führt aus, daß das Maß der ethischen Reife nicht nach Kundgebungen und Urteilen der Intelligenz, sondern vor allem nach dem Vorhandensein normaler ethischer Befähigung beurteilt werden kann. Die Ausbildung der Intelligenz und der ethischen Befähigung halten keineswegs gleichen Schritt, stehen sogar oft in direktem Mißverhältnis zu einander. Meistens geht die erstere der letzteren voraus, die nach den Lehren der Wissenschaft erst nach Abschluß der Gehirnentwicklung und nach erreichter Pubertät zur Reife gelangt. Die Begriffe des Eigentums, der persönlichen Ehre, der Geschlechtsehre, der staatlichen Autorität usw. müssen in dem jungen Menschenkinde erst eingepflanzt und herangezogen werden. Es ist hierzu die Beseitigung erheblicher Fehler und Übelstände in unserer heutigen Jugenderziehung erforderlich. Eine Gefängnisstrafe jedenfalls kann auf ein Kind nicht bessernd wirken, weil es die Ethik der Strafe nicht versteht. Die verschiedenen Grade der individuellen kindlichen Entwicklung, das Vorhandensein eventueller Minderwertigkeit können überdies vor Abschluß der Pubertät unmöglich richtig beurteilt werden. In Haus und

Schule können und müssen die ethischen Kräfte des Kindes zweckmäßiger und nachhaltiger geweckt werden als jetzt. Andererseits dürfen die Kinder nicht vorzeitig zur Erkenntnis herübergezerrt werden; vor der von der Natur gesetzten Reifezeit können keine ethischen Früchte geerntet werden. Die Gabe, sich voll und ganz in den Zustand eines Kindes versetzen zu können, ist Vorbedingung für seine richtige Beurteilung. Nur auf diesem Boden kann das Strafrecht für Jugendliche glücklich formuliert werden. Bu.

Über Selbstanklagen bei Paranoia.

Von Margulies.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Falsche Selbstbeschuldigungen Geisteskranker sind ja an sich nicht selten. Meist handelt es sich aber um Melancholiker mit Angstzuständen und Unwürdigkeitsideen. M. führt uns nun drei Fälle ausgesprochener Paranoia vor, wo die falschen Selbstbezichtigungen nicht auf depressiven Affekt, sondern auf paranoische Wahnbildung zurückzuführen sind.

Im ersten Fall beschuldigt sich ein Mann, der nach dem Zusammenbruch seines Geschäftes die Erscheinungen des Beziehungswahnes zeigte, der Brandstiftung, weil er in den Mienen seiner Umgebung zu lesen wähnte, daß er allgemein für den Brandstifter gehalten werde.

Im zweiten Falle bezichtigt sich ein von Hause aus intellektuell minderwertiger, durch Schwerhörigkeit mißtrauischer Mann, der später sich zum Paranoiker mit Beachtungs- und Verfolgungswahn entwickelte, des Diebstahls. In beiden Fällen spricht M. eine Beziehungsidee als Grundlage des Erklärungswahnes und zugleich der Selbstanklage an.

Im dritten Falle klagt sich ein Paranoiker des Mordes an. Hier ist die Unsicherheit des Kranken in der Unterscheidung von wirklich Erlebtem und Wahnidee bemerkenswert. Von ganz besonderem Interesse in diesem Falle ist die Einwirkung eines sexuellen Erlebnisses aus der Kinderzeit auf die Systematisierung der Wahnvorstellungen. Die obigen drei Fälle werden von M. psychologisch und klinisch fein analysiert. Sie sind in forensischer Hinsicht von großem Interesse. Die Arbeit M.s verdient es, im Original nachgelesen zu werden.

Horstmann, Treptow a. Rega.

Vatermord aus religiöser Schwärmerei.

Von Knauer.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 18. Bd. Heft 4.)

Ein 77jähriger Austragsbauer wurde, als er zur Kirche ging von seinem 48jährigen Sohne A. G. durch Revolverschüsse schwer verletzt und starb einige Tage nach der Verletzung. Der 48jährige A. G., dem sein Vater nichts Übles zugefügt hatte, war seit längerer Zeit als Sonderling bekannt, der sich besonders mit religiösen Dingen abgab. Eine erbliche Belastung liegt nicht vor. 1895 litt er nach ärztlichem Zeugnis an Melancholie, 1901 an Neurasthenie mittleren Grades. Vor der Tat hatte er sich mit Revolver, einer größeren Zahl Patronen und einem Sterbekreuz versehen. Als Grund für die Tat gab er an, sein Vater habe schwere Schuld auf sich genommen, sei ein Geizhalz, Ehebrecher usw. gewesen. Die ganze Sündenschuld seines Vaters habe er auf sich genommen, indem er ihm den Tot bereitete. Damit er selig sterbe, habe er zur Tat ein Sterbekreuz mitgenommen, auch habe er für einen schmerzlosen Tod des Vaters gebetet. Das psychiatrische Gutachten sprach sich dahin aus, daß er weder zur Zeit der Tat noch zur Zeit der Beobachtung sich in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wäre, daß er aber infolge seiner nervös-psychischen Konstitution zu Affektbildungen leichter geneigt sei wie ein völlig normaler Mensch. (?? Red.) Demgemäß wurde die Frage auf Mord verneint, dagegen die Frage auf Totschlag bejaht. Hoppe-Uchtspringe.

Eine rückfällige Kindesmörderin.

Von Dr. Glos.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Eine Dienstmagd hat in zwei Fällen ihr Kind erwürgt und in einem weiteren das Neugeborene den Schweinen vorgeworfen. Alle drei Mal verurteilt. Die Dienstmagd kann nicht lesen und schreiben. Weiteres erfahren wir nicht über den Geisteszustand.

Horstmann, Treptow a. Rega.

Ein Fall eigenartiger geistiger Veranlagung einer Selbstmordkandidatin.

Von Borico.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik. 18. Bd. Heft 4.)

Ein 16jähriges, aus gesunder Familie stammendes Dienstmädchen, das die Arbeiten mitunter verkehrt und zerstreut verrichtet, dichtet und liest alles Gedruckte, das ihr unter die Finger kommt. Eines Morgens findet man nebst den zurückgebliebenen Kleidern ein Gedicht von ihr mit der Andeutung, daß sie ins Wasser gehen werde. Am Mittag wird das Mädchen nur mit Hemd und Unterrock bekleidet von einem anderen Mädchen getroffen und wieder zurückgeführt. Sie will an sämtliche Vorgänge keine Erinnerung haben. Möglicherweise handelt es sich hier um ein epileptisches Äquivalent, in welchem das Mädchen ihren Irrgang antrat. Hoppe-Uchtspringe.

Betrachtungen über das Verbrechen der Brandlegung.

Von R. Bauer.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Bei 484 in den Jahren 1899—1903 (inkl.) der Staatsanwaltschaft zu Troppau angezeigten Brandstiftungen mußte 456mal das Verfahren eingestellt werden. Von den 28 Angeklagten wurden 21 verurteilt. Von diesen 21 haben 17 die Tat eingestanden.

Zu ähnlichem für den Untersuchungsrichter wenig ermutigenden Ergebnis würden wohl gleiche Betrachtungen in andern Gegenden führen.

Als Gründe für die Schwierigkeiten bei den Ermittelungen spricht B. an: Der Brandleger wird fast nie auf der Tat ertappt. Objekte, welche die Anlegung des Feuers beweisen würden, wie Zündschnüre, gehen beim Brande meist mit zugrunde. Wenig Hilfe für die Ermittelung ist von den die Rache des Brandstifters fürchtenden Zeugen zu erwarten. Die geringen Aussichten auf Erfolg ließen bei derartigen Erhebungen eine gewisse Lauheit in der Ausführung aufkommen. Nur Brandstifter, die sich nach Versorgung sehnen — ein Motiv, was nach B. häufig anzutreffen ist — bringen sich selbst zur Anzeige. Leicht gelingt es dem Angeklagten, die Bezichtigung der absichtlichen Brandlegung zu der der fahrlässigen herabzumildern.

Als Maßnahmen zur Bekämpfung der absichtlichen Brandlegung empfiehlt B.: Energisches Eingreifen bei Anzeigen von Bränden und vor allem rasche und genaue Vornahme von Lokalaugenscheinen, die einerseits an sich eine abschreckende Wirkung ausüben, andererseits das beste Mittel zur schnellen Klärung der Sachlage darstellen. Horstmann, Treptow a. Rega.

Brandstiftung aus Heimweh.

Von E. Martin.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik 19. u. 20. Bd.)

Ein 16jähriges Mädchen verübte eine Reihe von Brandstiftungen, die sie eingestand. Als einzigen Beweggrund zu diesen Taten gab sie Sehnsucht und Heimweh nach ihrem Vater an. Das Heimweh ist wohl nur der Ausdruck einer Dysphorie,

wie sie in der Pubertät öfter auftreten. Brandstifterinnen, die sich in den Jahren der Geschlechtsreife befinden, sind dem Kriminalisten und Irrenarzte ja geläufige Erscheinungen.

Horstmann, Treptow a. Rega.

Vergiftungen.

Über Erfolge der Sauerstofftherapie unter besonderer Berücksichtigung der in den Gewerbebetrieben gewonnenen Erfahrungen bei gewerblichen Vergiftungen.

Von H. Brat.

(Abdruck aus dem Klinischen Jahrbuch. 14. Bd. Jena. Verlag von Gustav Fischer, 1905.)

Verf. schildert in der vorliegenden lehrreichen Monographie neben eigenen Erfahrungen die Ergebnisse einer Enquete über Sauerstoffbehandlung bei gewerblichen Vergiftungen. Die Erhebungen erstreckten sich auf eine größere Zahl gewerblicher Betriebe, in denen Vergiftungen mit Schwefelwasserstoff und namentlich Kohlenoxyd zur Sauerstoffbehandlung Anlaß gaben. Hauptsächlich waren es Gasanstalten, Bergwerks- und Hüttenbetriebe, die das größte Kontingent stellten.

Unter den industriellen Anlagen, welchen Sauerstoffinhalationen zur Verfügung standen, kamen in 70 % Vergiftungen vor, deren Behandlung die Anwendung von Sauerstoff erforderte. Nach den Beobachtungen in Bergwerken und Hütten hat in ca. 90 % der Betriebe eine Anwendung von Sauerstoff mit Erfolg und nur in 10 % ohne Erfolg stattgefunden. Wenn wir bedenken, daß von den ca. 4 Millionen Fabrikarbeitern ungefähr 800 000 oder der fünfte Teil in diesen Anlagen beschäftigt ist, so ergibt sich hieraus die außerordentliche Bedeutung dieser therapeutischen Maßnahmen und die Notwendigkeit ihrer Einführung. In allen Betrieben, in denen Vergiftungsgefahr vorliegt, sollte die Bereitstellung der zur Sauerstoffinhalation erforderlichen Apparate in stets gebrauchsfähigem Zustande gefordert werden; auch müssen stets Personen vorhanden sein, die im Samariterdienst ausgebildet und mit der Handhabung der Apparate vertraut sind.

Im Anschluß an die Anwendung von Sauerstoffinhalation bei gewerblichen Vergiftungen bespricht der Verf. ihre Verwendung bei der Feuerwehr.

Die Anregung des Verf. und insbesondere auch sein Vorschlag, die Sauerstoffeinatmung mit der künstlichen Atmung zu verbinden, sagt der Verf.: „Über die Stellung eines Sauerstoffatmungsapparates in der Therapie“ und „über einen neuen Sauerstoffatmungsapparat“ Deutsche med. Wochenschrift 1905 Nr. 15 und Berliner Klinische Wochenschrift 1905, Nr. 171 verdienen die tatkräftigste Förderung. E. Roth (Potsdam).

Über Ernährungsstörungen des Gehirns und der Haut nach Kohlenoxyd- bzw. Leuchtgasvergiftung (Encephalomalacie und Hautgangrän).

Von Dr. R. Krumbholz, Wien.

(Wiener medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 33, S 1621.

Späterscheinungen wie sie sich nach Leuchtgas und Kohlenoxydvergiftungen von seiten des Gehirns und der Haut einstellen, sind bisher nur vereinzelt beschrieben worden. K. berichtet über zwei derartige Fälle. Der erste betrifft eine 53jährige Frau, die in selbtmörderischer Absicht Leuchtgas einatmete. Nachdem sie wieder zu sich kam, befand sie sich in den ersten Tagen verhältnismäßig wohl. Am vierten Tage stellten sich Erscheinungen der amnestischen Aphasie ein und am nächsten Tage begann eine Nekrose der Haut am Unterbauch und am rechten Oberschenkel. Die Aphasie besserte sich nach 14 Tagen, die gangränösen Hautteile stießen sich ab und es trat unter Dermatolbehandlung Heilung ein.

Der zweite Fall betraf eine an Kohlenoxydvergiftung erkrankte Frau von 56 Jahren. Einige Tage nach der Vergiftung trat motorische und sensible Lähmung des rechten Beines ein. Darauf zeigten sich zahlreiche Hämorrhagien an beiden Beinen und der rechten Brustseite. Die Hämorrhagien wurden bald gangränös. Sie wurde ins Wasserbett gelegt und starb sechs Wochen nach der Vergiftung an Sepsis. Es ist anzunehmen, daß nach Kohlenoxyd- bzw. Leuchtgasvergiftung durch Schädigung der Gefäßwand oder herabgesetzte Zirkulation gewisser Gefäßgebiete, offenbar durch Thrombosierung lokalisierte Ernährungsstörungen zustande kommen. Das Auftreten von Erweichungsherden im Gehirn und die Gangrän der Haut erklären sich daher als koordinierte Erscheinung. J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von chronischem Veronalismus.

Von Hoppe.

(Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, Juni, S. 971.)

Ein 26jähriger Alkoholiker bei dem die Alkoholabstinenz durchgeführt wurde, erhielt im Dezember wegen Schlaflosigkeit gelegentlich 0,5 Veronal. Seit Mitte Januar fiel er dadurch auf, daß er bis Mittag in einem tiefen Schlaf lag, aus dem er kaum zu erwecken war. Nachmittags, wo er ins Geschäft ging, hielt er sich nur durch große Mengen starken Kaffees (8 bis 10 Tassen) und starkes Rauchen aufrecht und machte wiederholt den Eindruck eines Berauschten. Es stellte sich heraus, daß er täglich 2—3 g Veronal nahm, welches er sich aus einer Apotheke besorgt hatte. Veronal steht noch nicht auf der Liste der ohne ärztliche Verordnung nicht abzugebenden Arzneimittel.

J. Meyer, Lübeck.

Ein Fall von Veronalvergiftung.

Von P. T. Hold.

(Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie. 1904 Juni.)

Die an Depression leidende Kranke hatte offenbar in selbstmörderischer Absicht eines Morgens 9 g Veronal genommen. Erst spät nachmittags fand man sie in tiefem Schlaf und spülte ihr den Magen aus. Sie wurde in tiefem Schlaf ins Krankenhaus gebracht. Unter Darmernährung und lauen Bädern mit kalten Übergießungen schwand der soporöse Zustand am vierten Tage. Auffallend war eine Streckung des Kopfes nach hinten, ohne eigentliche Nackensteifigkeit, sowie tetaniforme Zuckungen des Körpers und ein Exanthem mit pemphigusähnlichen Blasen, die insbesondere an den Fingergelenken und fast symmetrisch saßen. Ernst Schultze.

Zur Veronalwirkung.

Von Dr. Kun.

Kasuistisches aus den Protokollen der Wiener Rettungsgesellschaft.

(Wiener med. Wochenschr. 1905. Nr. 35.)

Ein 35jähriger Mann hatte in selbstmörderischer Absicht nach zweitägigem Hungern 4 g Veronal und 0,04 Morphium genommen. Außer stark verengten Pupillen war kaum eine Unregelmäßigkeit nachzuweisen. Der Mann selbst gab an, lediglich eine angenehme Mattigkeit zu empfinden. Die ganze Sache blieb ohne Eindruck auf den Organismus. Sie gibt dem Verfasser zu der Bemerkung Anlaß, daß die übliche Dosis von 0,5 Veronal nicht genügt, um die gewünschte Wirkung hervorzurufen. Er will jene auf 1—2 g erhöhen.

Dem gegenüber sei bemerkt, daß ich seit Jahr und Tag bei einer an schwerer nervöser Schlaflosigkeit leidenden Dame mittleren Alters und ziemlich guter Konstitution mit 0,3 Veronal jedesmal ruhigen Schlaf für eine ganze Nacht erziele. Das Mittel wirkt meist noch auf die zweite Nacht etwas nach und wird in der Regel nur zweimal wöchentlich genommen. (Siehe auch obigen Fall von Hoppe! Red.) Ktg.

A case of acute trional poisoning.

Von F. Wightrick.

(Lancet 1903. 18. April.)

(Nach dem Referat von F. Reiche-Hamburg im Zentralbl. f. inn. Med. 1904 Nr. 36.)

Nach etwa 8 g Trional bekam eine Frau in einer Stunde Erbrechen, schwere Bewußtlosigkeit, Herzschwäche. $1^1/_2$ Stunden danach Magenspülung mit Natr. bicarb., Strychnininjektion, Purgans. Rückkehr der Kniereflexe nach 4 Tagen. Urin ohne Eiweiß und Hämatoporphyrinfärbung. Ziegenhagen-Danzig.

Vergiftung mit bitteren Mandeln.

Von Dr. G. Friedmann.

(Kasuistisches aus den Protokollen der Wiener Rettungsgesellschaft. Wiener med. Wochenschr. 1905. Nr. 35.)

Mitteilung eines Falles von Selbstmord durch Genuß von ca. 100 bitteren Mandeln. Der Tod des 20 jährigen Mädchens erfolgte in tiefem Koma. Dabei allgemeine Zyanose, intensiver Bittermandelölgeruch aus Mund und Nase. Die Magenausspülung hatte keinen Inhalt gefördert. Da die letale Dosis der Blausäure 0,06 g beträgt und jede bittere Mandel rund 1 mg davon enthält, so müssen 60—70 Stück für die tödliche Vergiftung genügen. Sie kommt aber sehr selten vor. Ktg.

Zwei Fälle von Lysolvergiftung.

Von Dost.

(Archiv für Kriminal-Anthropologie und Kriminalistik, 18. Band, Heft 1.)

Ein 35jähriger, körperlich kräftiger Idiot trank 20 g Lysol. pur.; eine 16 Jahre alte tuberkulöse Idiotin einen Eßlöffel Lysol. p. Ersterer, bei dem sich trotz der sofort vorgenommenen Magenspülung Cyanose und Bewußtlosigkeit einstellte, genas in etwa vier Tagen. Im zweiten Fall trat am zweiten Tage unter heftigen Zuckungen, kaum fühlbarem Puls, beschleunigter Atmung der Tod ein. Die Sektion ergab neben Lungen- und Darmtuberkulose: Ödem und Blutüberfüllung der Lungen und Nieren. Einige Darmgeschwüre waren anscheinend infolge der Anätzung durch das Lysol perforiert. In der Blase fand sich dunkler, schwach nach Phenol riechender Urin. Das Gehirn und seine Häute waren mit Blut überfüllt. Hoppe-Uchtspringe.

Zur Frage der Folgeerscheinungen, namentlich der Krampfzustände nach Theophyllingebrauch.

Von Prof. Dr. Herm. Schlesinger.

(Aus d. II. med. Abteil. des k. k. Kaiser Franz Josefspitals in Wien. Münch. med. Woch. 1905, Nr. 23.)

Im Gegensatz zu Schmiedeberg glaubt Verfasser, daß das Theophyllin (und seine Verbindungen), welche ihm als Diureticum, besonders bei kardial bedingtem Hydrops, jedoch auch bei renaler Entstehungsursache, ja sogar bei akuter Nephritis und unter Umständen bei serösen Ergüssen ausgezeichnete Dienste schon seit Jahren leistet, die Ursache der während seiner Anwendung öfter beobachteten epileptiformen Krampfanfälle ist, und zwar stützt er seine Behauptung darauf, daß erstlich die Anfälle zeitlich eng an die Theophyllindarreichung gebunden waren und daß die Krampftage auch besonders starke Diurese aufwiesen, daß die Art der bei Tieren durch Theophyllin experimentell erzeugten Krämpfe, eine andre als die bei Menschen beobachtet ist, spricht nicht gegen seine Bekämpfung. Die Krampfzustände schwinden spätestens mehrere Tage nach Aussetzung des Mittels. Theophyllin. pur. (in Tagesdosis 0,8) wird besser durch Theophyllin-Natrium oder Theophyllin. natrioacet. in Tagesdosis 1,0 bis höchstens 1,5 verordnet und zwar immer nur einen Tag, darauf einen Tag Pause und Theobrominverordnung. Bei Eintritt von Kopfweh sofort Aussetzen des Mittels. Außer Krämpfen wurden noch Magendruck, Appetitlosigkeit, Brechreiz (besonders bei Verordnung in Pulverform) sowie in einigen Fällen Diarrhöen beobachtet. Seelhorst.

Eine lebenbedrohende Intoxikation bei Anwendung 50% Resorcinpaste.

Von Dr. S. Kaiser, Breslau.

(Berliner klinische Wochenschrift 1905, Nr. 33, S. 1039.)

Während die Gefährlichkeit des Resorcins bei innerer Anwendung lange bekannt ist, schien es sich bisher bei äußerlichem Gebrauch als völlig ungefährlich zu erweisen. Die schwere Intoxikation, die Verfasser bei Anwendung einer 50% Resorcinpaste beobachtete, mahnt indessen, die äußerliche unbegrenzte Anwendung des Resorcins als nicht so ungefährlich zu betrachten, wie bisher zu erwarten war.

Einem 29jährigen Schneider mit lupösen Veränderungen der Haut am Rücken und am mons pubis wurde nachdem unter Kresaminverband und Resorcinpflaster nur geringe Erweichung eingetreten war, eine 50% Resorcinpaste auf beide Herde dick aufgetragen und eingebunden. Im ganzen wurden annähernd bis 100 g Paste verbraucht. Gleich nach Anlegen des Verbandes traten Schmerzen auf, 3—4 Stunden später starker Schweißausbruch und Bewußtlosigkeit, schwere klonische Krämpfe, die in Opisthotonus übergingen. Dabei waren die Herzschläge sehr schwach, die Atmung war keuchend, die Reflexe aufgehoben. Der Verband wird sorgfältig entfernt. Nach einer Stunde tritt allmählich Besserung ein. Nach 3 Stunden wird der erste Urin entleert. Er ist grünlich und wird an der Luft sehr bald schwarz. Erst nach 4 Tagen ist der Patient wieder völlig von seiner Intoxikation hergestellt. Es muß in diesem Falle wohl die lupöse Haut geeignet gewesen sein, größere Mengen von Resorcin zu resorbieren. Die Haut war überdies durch die längere Behandlung mit feuchten Kresaminverbänden und zuletzt mit Resorcinpflastermull stärker mazeriert und in ihrem Gefüge gelockert. J. Meyer, Lübeck.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am 26. Oktober 1905.

Vor der Tagesordnung gibt G. Heimann über die Organisation der bevorstehenden Volkszählung interessante Mitteilungen, im besonderen begründet er einzelne Fragestellungen im Formular der Stadt Berlin.

Es folgt der Vortrag des Herrn Geh. Rat Dietrich über den Rückgang des Studiums der Medizin. Seit 1892 ist in Deutschland eine ständige Verminderung der ärztlichen Approbation eingetreten. Es wurden approbiert:

	Deutschland	Preußen	
1899/1900 . .	1384	662	Ärzte
1900/1901 . .	1344	614	„
1901/1902 . .	1406	647	„
1902/1903 . .	1551	717	„
1903/1904 . .	1057	426	„

In den einzelnen Bundesstaaten ist die prozentuale Abnahme zumeist noch stärker ersichtlich, als im gesamten Reich. Dabei ist die Wirkung des praktischen Jahres noch nicht anzurechnen, weil bisher in der überwiegenden Mehrzahl Dispensierungen eingetreten sind. Aber auch die Zahl der Medizinstudierenden, die von 1848 bis 1890 fortwährend stieg, ist von da ab gefallen, während die allgemeine Zahl der Studierenden entsprechend dem Steigen der Bevölkerungsziffer bis 1904 im Wachstum begriffen ist. Die Zahl der Medizinstudierenden betrug 1892/93 noch 29,41 %, 1902/03 nur 17 % aller Studierenden im Deutschen Reich. Was die Nachfrage betrifft, so scheiden jährlich in Preußen 340—350 Ärzte durch Tod und Krankheit aus, während die Heilanstalten einen jährlichen Ersatz von mindestens 100 Arzten fordern. Während also Preußen im ganzen eines jährlichen Zuganges

von 550 Ärzten bedarf. sind nur 426 Ärzte 1903/04 neu hinzugekommen. Was die Gründe für den Rückgang des medizinischen Studiums betrifft, so sind in Betracht zu ziehen 1. die allgemeine ärztliche Notlage, die geringe Entlohnung eines schwierigen Berufes; 2. die Wirkung des Krankenversicherungsgesetzes: Willkür der Kassenvorstände, Abhängigkeit der Kassenärzte; 3. das Versagen der Ehrengerichte gegenüber den Mißständen in der Privatpraxis; 4. Verlängerung des Studiums durch das praktische Jahr; 5. Steigerung der Anforderungen an Wissen und Können der heutigen Ärzte. Die Zulassung der Realgymnasial- und Oberrealschulabiturienten hat nicht zur Vermehrung der Medizinstudierenden beigetragen. Zum Schlusse bespricht der Vortragende kurz die Therapie dieser sozialmedizinischen Erscheinung. Schon gegenwärtig fällt es den Ärzten auf dem Lande vielfach schwer, einen Vertreter zu bekommen. Die Erlaubnis für Medizinalpraktikanten, hier einzutreten, dürfte nicht viel helfen, weil eben ihre Zahl zu gering ist. Falls der Rückgang weiter andauern sollte, wird man sich mit der Frage zweckmäßiger Verteilung der Ärzte befassen müssen. Um den Abfluß auf das platte Land zu fördern, das mit Ärzten noch nicht so überfüllt ist, als die größeren Städte, wird die Unterstützung der jungen Ärzte aus öffentlichen Kassen notwendig sein zwecks Übersiedlung aus der Großstadt.

Wir dürfen uns freuen, daß der Satz „der Rückgang des medizinischen Studiums ist der Fortschritt der ärztlichen Organisation“ auch von so maßgebender Seite anerkannt ist. Es interessiert aber auch weite Kreise, in welcher Weise die durch den Rückgang der Studierenden vor allem betroffenen Universitäten den medizinischen Unterricht weiterführen sollen.

An der Diskussion über den Vortrag des Herrn Professor Sommerfeld „Über die Anzeigepflicht bei gewerblichen Vergiftungen“ beteiligten sich Brat, W. Becher, Rabe, R. Lennhoff, Mayet, Fabrikbesitzer J. Lennhoff, Sommerfeld. Kein Redner war mit der Anzeigepflicht in dem vom Referenten gewünschten Umfange einverstanden. R. Lennhoff warnte sogar vor einer übereilten gesetzlichen Festlegung, weil solche nicht nur Belästigungen bringe, sondern auch mehr Schaden als Nutzen stiften würde. Nur bei ganz unzweifelhaften Fällen gewerblicher Vergiftung, z. B. bei ausgesprochener Bleivergiftung, halten Mayet und Lennhoff die Meldung nützlich. Mayet wünscht, daß solche Anzeigen gut erkannter Vergiftungen an eine Zentralbehörde gerichtet werden sollten. Er wünscht aber auch, die zweifelhaften und unklaren Fälle zur Kenntnis gebracht zu sehen und deren eventuelle weitere Untersuchung. Jedenfalls spricht er sich für eine Entschädigung der Giftarbeiter, die ihr einziges Kapital nämlich ihre Gesundheit geopfert haben, entschieden aus. Während Mayet sich mit Lewins grundlegender Anschauung, die Gewerbekrankheiten als eine Summierung von Betriebsunfällen anzusehen, einverstanden zeigt und hervorhebt, diese Anschauung habe in der Literatur über die Reform der Arbeiterversicherung keinen Widerspruch gefunden (! Red.), erklären sich W. Becher und Lennhoff dagegen, weil der Begriff der Gewerbekrankheit nicht so exakt wie der des Unfalles gefaßt werden könne. Schlechte Angewohnheiten der Arbeiter habe man als gewerbliche Vergiftungen angesehen. Becher schlägt eine besondere Versicherung vor für derartig gefährdete Betriebe, die schon nach der gegenwärtigen Krankenversicherung zur Gründung besonderer Betriebskrankenkassen angehalten werden könnten. Während Sommerfeld in seinem Vortrage das Vorhandensein zahlreicher zweifelloser gewerbepathologischer und -hygienischer Tatsachen voraussetzt, fordern Brat, Becher, Lennhoff, Rabe Maßnahmen zum weitern Ausbau dieser Spezialwissenschaft. Nach Brat müßte der diesbezügliche Unterricht nicht nur auf den Universitäten, sondern vor allem in den ärztlichen Fortbildungskursen gepflegt werden. Becher fordert unter allseitiger Zustimmung die Errichtung eines gewerbehygienischen Laboratoriums; hier würde der Arzt Gelegenheit haben, den Gang der vollständigen gewerbepathologischen Untersuchung kennen zu lernen und sich die ihm fehlenden technischen, experimentellen und chemischen Kenntnisse anzueignen; dieses Laboratorium müßte jedem sich interessierenden Arzte zugänglich sein. Ferner legt Becher Wert auf Massenuntersuchungen einer und derselben Industrie; er habe viel gelernt aus der Untersuchung gesunder und kranker Mitglieder des Vereins der Möbelpolierer. Rabe erklärt sich mit dem Prinzip der Massenuntersuchungen einverstanden, will dieselben aber nicht der einmaligen — vertrauensärztlichen — Untersuchung überlassen, sondern auf die Grundlage der wiederholten Beobachtungen der Kassenärzte stellen. Zu dem Ende verlangt er eine Eintragung aller Erkrankungsfälle in besondere Bücher, sogenannte Gesundheitsscheine. Dazu sei wiederum eine gründliche Änderung der bisherigen Krankenversicherung, im besonderen der kassenärztlichen Buchführung (Medizin-Krankenschein und Krankenjournal) unumgänglich notwendig. Während Brat für das in Deutschland bestehende Institut der Vertrauensärzte eine Lanze einlegt, ihnen wichtige Aufgaben in der Erhebung der Statistik, in der Sammlung und Veröffentlichung der Vergiftungsfälle und besonders eine verhütende Tätigkeit zuweist und darum das wissenschaftliche Niveau der Vertrauensärzte gehoben wissen will, befürwortet Rabe, jedem Arzte solle es ermöglicht werden, sich für die Arbeit in den in betracht kommenden Betrieben zu interessieren. In der Tat nimmt ja schon jetzt die Behandlung und Beobachtung der gewerblichen Vergiftungen z. B. bei den an der Peripherie Berlins tätigen Ärzten einen erheblichen Teil der Kassenpraxis ein. Mayet fordert unbedingt, daß die speziellen Fabrikärzte gänzlich unabhängig von den zu untersuchenden Betrieben seien.

Von Interesse waren ferner die Ausführungen Brats über die Mängel der gegenwärtigen vielfach anerkannten Statistik und Diagnostik.

Die erstere richtet sich u. a. nach der oft genug schwankenden Zahl der Arbeiter, nach dem Umfang der Arbeit und nach der genau zu studierenden Technik derselben. Die letztere zeigt sich in ihrer ganzen Schwierigkeit in den so oft sich widersprechenden Gutachten.

Unseres Erachtens sind alle wissenschaftlichen Fortschritte auf dem Gebiete der Gewerbekrankheiten abhängig von der Art der zu treffenden gesetzlichen Maßnahmen. Daß die Giftarbeit in ständigem Wachstum begriffen ist, können Einsichtige nicht bezweifeln. Noch mehr als die Unfallverletzten haben derartige Arbeiter Anspruch auf gesetzlich bestimmte Fürsorge; die gegenwärtigen Zustände, wonach der Giftarbeiter froh sein muß eine andere Beschäftigung zu bekommen, wenn er sich den Rest an Gesundheit und Arbeitskraft erhalten will, können nicht andauern. Sollten sich die gesetzgebenden Instanzen trotz der Erfahrungen mit der Unfallversicherung für die Rentenabfindung entscheiden, so stehen uns nicht nur Spezialärzte, sondern auch Polikliniken und Vertrauensärzte für Gewerbekrankheiten in sicherer Aussicht.

Eisenstadt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Aus dem Reichsgericht.

Zur Auslegung des § 300 R. St. G. (Revisionsentsch. vom 16. 5. 05.)*)

Der auf Verletzung materieller Rechtsnormen gestützten Revision des Angeklagten war der Erfolg nicht zu versagen.

*) Wir entnehmen den Wortlaut der Entscheidung einer Mitteilung von Dr. Albert Moll in Nr. 42 der Berl. Ärzte-Korrespondenz. Die Entscheidung bezieht sich auf denselben Fall, den wir bereits in Nr. 4 d. J. erörterten, und ist von großer prinzipieller Wichtigkeit.

I. Als „Privatgeheimnis“ im Sinne des § 300 des Strafgesetzbuches sieht der Vorderrichter die von dem Angeklagten bei der ärztlichen Untersuchung der unverehelichten A. am 29. August 1904 gemachte „Wahrnehmung“ an, daß die A. geschlechtskrank sei. Dieses Privatgeheimnis soll der Angeklagte nach der Annahme des Urteils zweimal unbefugt offenbart haben und zwar zunächst am 24. September 1904 gegenüber der verehelichten B., einer Schwägerin der A., und sodann anfangs Oktober 1904 gegenüber der Mutter der A.

1. In dem ersten Falle hatte der Angeklagte, wie das Urteil feststellt, von der verehelichten B., als diese ihr Kind bei ihm impfen ließ, erfahren, daß ihre Kinder in der in demselben Hause befindlichen Wohnung der Witwe C. und deren Tochter intim verkehrten und insbesondere auch von beiden Frauen mit in das Bett genommen wurden. Der Angeklagte „hielt es deshalb für seine Pflicht“, die verehelichte B. vor einer Ansteckung ihrer Kinder und insbesondere des Impflings durch die A. zu warnen, und teilte ihr zu diesem Zwecke mit, daß letztere an einer „ansteckenden Krankheit“ leide, und daß sie die Kinder vor einer Berührung mit ihrer Tante hüten möge. Als ihm die verehelichte A. hierauf erwiederte: „ich kann es mir schon denken, was die Sau wieder hat, sie kommt ja keine Nacht vor drei bis vier Uhr nach Hause und läuft jetzt auch immer zum Doktor,“ äußerte der Angeklagte weiter: „Na, wenn Sie meinen, es wäre etwas wie Syphilis, dann nehmen Sie sich in acht.“ Dieses „Gespräch“ ist seitens der verehelichten B. einer Hausbewohnerin mitgeteilt worden, welche sodann im ganzen Hause verbreitete, daß die A. an Syphilis leide.

Bei dieser Sachlage konnte der Vorderrichter ohne Rechtsirrtum annehmen, daß der Angeklagte durch seine Äußerungen gegenüber der verehelichten B. ein ihm kraft seines Gewerbes als Arzt anvertrautes Privatgeheimnis offenbart habe (vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts Bd. 13 S. 61 bis 62, Bd. 26 S. 8 unten). Die Anwendung des § 300 des Strafgesetzbuches hing sonach davon ab, ob diese Offenbarung eine in objektiver und subjektiver Beziehung unbefugte war. Das erstere folgert das Urteil daraus, daß ohne Einwilligung des Patienten ein Recht zur Offenbarung nur durch gesetzliche Vorschriften begründet werden könne, daß aber eine „Rechtspflicht“, wie sie den Ärzten in der preußischen Kabinettsorder vom 8. August 1835 und in dem Reichsgesetze, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900, auferlegt sei, nicht in Frage komme, und daß mithin für den Angeklagten keine „Anzeigepflicht oder Berechtigung“ bestanden habe, die ihn übrigens auch nur der Behörde gegenüber hätte legitimieren können. Diese Begründung faßt lediglich eine durch die Anzeigepflicht gegebene Berechtigung ins Auge und übersieht, daß ein Recht zur Offenbarung bestehen kann, auch wenn eine Anzeigepflicht nicht besteht. Ein solches Recht hat der Angeklagte daraus hergeleitet, daß er sich in einer Pflichtenkollision befunden habe, da die Unterlassung der durch die Fürsorge für das Kind der verehelichten B. gebotenen Mitteilung hätte geeignet sein können, ihn einer Strafverfolgung wegen fahrlässiger Körperverletzung auszusetzen. Diese Schutzbehauptung konnte nicht durch die Erwägung beseitigt werden, daß sie lediglich Tatsachen zum Gegenstand habe, aus welchen der Angeklagte zu einer falschen Auslegung des Strafgesetzes gelangt sei. Die „ärztliche Schweigepflicht des § 300 des Strafgesetzbuches“ ist nicht, wie der Vorderrichter meint, eine „absolute“; das Gesetz behält vielmehr, indem es eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen erfordert, das Bestehen einer Befugnis zur Offenbarung ausdrücklich vor, ohne diese Befugnis nach irgendeiner Richtung hin einzuschränken. Sie kann mithin auch durch anderweite Berufspflichten des Arztes gegeben sein, auch wenn die Verletzung derselben nicht wie diejenige der Schweigepflicht, mit krimineller Strafe bedroht ist. Das Bestehen solcher Berufspflichten erkennt das preußische Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte pp. vom 25. November 1899 (Gesetzsammlung Seite 565) ausdrücklich an, indem es dem Arzt die Verpflichtung, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben, auferlegt und die Verletzung dieser Verpflichtung mit ehrengerichtlicher Bestrafung bedroht. Hiernach wäre zu erwägen gewesen, ob es zur gewissenhaften Ausübung der Berufstätigkeit nicht auch gehörte, Patienten, denen die Gefahr einer Ansteckung durch Personen droht, mit denen sie in nähere Beziehung kommen, vor dieser Gefahr zu warnen. Mit der Unterlassung einer solchen Warnung ist auch die Möglichkeit einer Bestrafung aus § 230 Abs. 1 und 2 des Strafgesetzbuches gegeben. War aber die erforderliche Warnung nur unter Verletzung der einem anderen Patienten gegenüber begründeten Schweigepflicht möglich, so kann der Angeklagte in Ausübung einer „Befugnis“ gehandelt haben, wenn er der Warnungspflicht nachkam. Es blieb dann nur zu prüfen, ob die Mitteilung, die unverehelichte A. leide an Syphilis, erforderlich war, um der Warnungspflicht zu genügen. In dieser Beziehung enthält das Urteil zwar die Bemerkung, dem Angeklagten hätten vesschiedene andere Wege zur Warnung der Frau B. und zur Verhütung einer Übertragung der Krankheit zu Gebote gestanden, allein diese Wege sind nicht nur nicht angegeben, sondern es wird von denselben auch „ganz abgesehen“. Wäre aber auch die Mitteilung des Angeklagten an die verehelichte B. eine objektiv unbefugte gewesen, so hätte eine Bestrafung aus § 300 des Strafgesetzbuches nur unter der weiteren Voraussetzung eintreten können, daß der Angeklagte sich des Mangels der Befugnis bewußt war. Nach den Feststellungen des Urteils hat der Angeklagte es für seine Pflicht gehalten, die verehelichte B. vor einer Ansteckung ihrer Kinder zu warnen; hielt er sich deshalb „zum Bruche seiner Schweigepflicht für befugt“ und erachtete er es auch in Ausübung dieser Befugnis für erforderlich, der verehelichten B. mitzuteilen, ihre Schwägerin leide an Syphilis, so hatte ein dieser Annahme etwa zugrunde liegender Irrtum nicht die Auslegung des Strafgesetzes, sondern den Inhalt und die Tragweite ärztlicher Berufspflichten zum Gegenstand, welche neben der Schweigepflicht bestehen. Ein solcher Irrtum durfte nach § 59 Abs. 1 des Strafgesetzbuches nicht unberücksichtigt bleiben (vgl. auch Entscheidungen des Reichsgerichts Bd. 13 S. 64 unten).

2. In dem zweiten Falle (anfangs Oktober 1904) hatte die C., die Mutter der A., nachdem das Gespräch des Angeklagten mit der verehelichten B. seitens der letzteren einer Hausbewohnerin mitgeteilt und darauf von dieser im ganzen Hause verbreitet worden war, die A. leide an Syphilis, sich in Begleitung ihrer Tochter zu dem Angeklagten begeben und ihn gefragt, welche Gerüchte er über ihre Tochter verbreitet habe. Der Angeklagte hat ihr hierauf erklärt, ihre Tochter leide an Syphilis, worauf es zu weiteren erregten Auseinandersetzungen hierüber kam. In diesem Falle erblickt das Gericht in der erwähnten Erklärung des Angeklagten die Offenbarung eines (noch fortbestehenden) Privatgeheimnisses, weil die Witwe C. bis dahin von der Krankheit ihrer Tochter nur gerüchtweise gewußt, sonach nur eine ungewisse und unsichere Kenntnis davon gehabt und erst aus den Erklärungen des Angeklagten mit Bestimmtheit die Krankheit und ihr Wesen erfahren habe. Hiernach ist das entscheidende Gewicht auf die Unsicherheit der Kenntnis der Witwe C. gelegt, während es für die Entscheidung der Frage, ob die vom Angeklagten gemachte „Wahrnehmung“ noch ein Privatgeheimnis bildete, darauf ankam, ob sie nicht bereits authentisch in die Öffentlichkeit

gedrungen war oder nicht. In dem Falle des vom Vorderrichter in Bezug genommenen Urteils des Reichsgerichts vom 26. Juni 1894 (Entscheidungen Bd. 26, S. 5 ff) *) handelte es sich nur um ein „in der Stadt verbreitetes Gerücht“, über dessen Wahrheit der Angeklagte befragt worden war; im vorliegenden Falle dagegen hatte die verehelichte B. ihr Gespräch mit dem Angeklagten einer Hausbewohnerin mitgeteilt, und diese hatte daraufhin im ganzen Hause verbreitet, die A. leide an Syphilis. Damit war eine, aus authentischer Quelle stammende Tatsache zum Gegenstand der Verbreitung gemacht, und es wäre zu prüfen gewesen, ob diese Verbreitung nicht derart war, daß von einem Geheimnis nicht mehr die Rede sein konnte. Nach der Feststellung des Urteils befand sich auch die A. in Begleitung ihrer Mutter, als diese den Angeklagten „um Bestätigung der Richtigkeit des Geredes anging“; dieser Umstand hätte, worauf die Revision mit Recht hinweist, zur Erörterung der Frage Veranlassung geben müssen, ob nicht die A. damit einverstanden war, daß der Angeklagte die von ihm gemachte Wahrnehmung ihrer Mutter kundgab. Unter der Voraussetzung eines solchen Einverständnisses würde die Mitteilung „des Wesens der Krankheit“, wie auch der Vorderrichter anerkennt, keine unbefugte gewesen sein. Wäre aber auch ein Einverständnis der A. nicht feststellbar, so würde weiter zu prüfen bleiben, ob nicht der Angeklagte aus dem Miterscheinen der A. folgern durfte und gefolgert hat, dieselbe sei damit einverstanden, daß er das von ihm tatsächlich Wahrgenommene ihrer Mutter mitteilte. In diesem Falle würde der Angeklagte „subjektiv“ nicht „unbefugt“ gehandelt haben.

II. Gegenüber der Verurteilung des Angeklagten aus § 186**) des Strafgesetzbuches rügt die Revision mit Recht Verletzung des § 193 daselbst. In dieser Beziehung verneint der Vorderrichter das Vorliegen eines „schutzbedürftigen Interesses“, weil objektiv das vom Angeklagten verfolgte Ziel, nämlich die Warnung der verehelichten B. bzw. die Verteidigung gegen die Vorwürfe der Witwe C. im Widerspruch mit dem „Strafgesetze des § 300“ gestanden und weil subjektiv der Angeklagte sich in einem rechtlichen Irrtum über die Auslegung des § 300 befunden habe. Diese Begründung erweist sich, soweit sie sich auf den ersten Fall (Gespräch mit der verehelichten B.) bezieht, nach dem oben unter I, 1. ausgeführten als rechtsirrtümlich. Hielt sich der Angeklagte für verpflichtet, die verehelichte B., wie geschehen, zu warnen, so nahm er zwar fremde, aber immerhin solche Interessen wahr, deren Vertretung ihm kraft seines Berufes als Arzt oblag (vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts, Bd. 30, S. 42). Diese Interessen konnten aber nicht schon dadurch zu unberechtigten werden, daß die Wahrnehmung derselben die Möglichkeit einer Kollision mit anderweiten berechtigten Interessen ergab. Entscheidend war der Wille des Angeklagten, die Interessen der verehelichten B. und ihres Kindes wahrzunehmen; hatte er diesen Willen, so war die Voraussetzung des § 193 des Strafgesetzbuches gegeben, auch wenn der Angeklagte aus Irrtum über seine ärztlichen Berufspflichten auch nur der Meinung gewesen wäre, er sei zu der fraglichen Mitteilung berechtigt und der hierzu gewählte Weg sei der geeignete (vgl. Entscheidungen des Reichsgerichts Bd. 6, S. 409, Bd. 24, S. 224, Bd. 25, S. 356 bis 357).

In dem zweiten Falle nahm der Angeklagte eigene berechtigte Interessen wahr, wenn er gegenüber den „Vorwürfen“ der Witwe C. bei der Behauptung, die A. leide an Syphilis, verblieb und die Richtigkeit dieser ärztlichen Diagnose vertrat. Wollte der Angeklagte dies, so ist er nach § 193 des Strafgesetzbuches straflos, es sei denn, daß das Vorhandensein einer Beleidigung sich aus der Form oder den Umständen der Äußerung ergab, was der Vorderrichter nicht feststellt.

Sowohl die Verurteilung des Angeklagten wegen Vergehens gegen § 300 des Strafgesetzbuches, wie diejenige wegen Beleidigung beruht hiernach auf unrichtiger Anwendung des Gesetzes, welche die Aufhebung des Urteils und die Zurückverweisung der Sache an die erste Instanz zur Folge haben mußte.“

*) Es handelt sich hier um eine Entscheidung des Reichsgerichts bei folgendem Tatbestand. Eine Frau war von ihrem Ehemann mißhandelt worden, und durch ihre eigenen Mitteilungen verbreitete sich das Gerücht von diesen Mißhandlungen in der Stadt. Der Arzt, der sie behandelt hatte, wurde darüber befragt und bestätigte hierbei dritten Personen gegenüber, die Mißhandlung der Frau durch ihren Ehemann. Er wurde zu einer Geldstrafe verurteilt und die Revision verworfen. Das Reichsgericht erklärte in der betreffenden Entscheidung, daß offenkundige Dinge natürlich nicht geheim gehalten zu werden brauchen und mitgeteilt werden können. In dem Fall des Arztes handelte es sich aber nur um unsichere Gerüchte, die bisher verbreitet waren, die aber durch die Mitteilung des Arztes eine authentische Bestätigung erfahren. Deshalb wurde die Revision vom Reichsgericht verworfen.

**) Wer in Beziehung auf einen andern eine Tatsache behauptet oder verbreitet, welche denselben verächtlich zu machen oder in der öffentlichen Meinung herabzuwürdigen geeignet ist, wird, wenn nicht diese Tatsache erweislich wahr ist, bestraft.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Schlegel, Prof. Dr. M., Vorstand des tierhygienischen Institutes der Universität Freiburg i. B. Die Rotzbekämpfung und die Malleïnprobe beim Pferde. Unter Zugrundelegung wissenschaftlicher Untersuchungen und praktischen Erfahrungen. 88 S. 1905. Stuttgart bei F. Enke.

Das Malleïn ist ein nach verschiedenen Methoden dargestelltes Präparat, welches die Mikroproteïne und Toxine der Rotzbazillen enthält. Verf. beschreibt fünf in Baden von ihm verfolgte Epidemien, in denen ihn die Malleïnimpfung der Pferde befähigt hat, die gesunden von den infizierten prompt zu unterscheiden und erstere nach verhältnismäßig kurzer Zeit wieder frei zu geben. Dem Staat sind dadurch große Summen erspart worden, die er sonst für Entschädigungen hätte zahlen müssen. Die vom Verf. wesentlich vervollkommnete Methode der Impfung und die Deutung der ihr folgenden, typischen wie atypischen Reaktion; endlich eine scharfe Formulierung der Regeln des Verfahrens werden den Veterinären wie der Veterinärpolizei sehr wertvolle Anhaltspunkte gewähren. Diese sind um so nötiger, weil die Verschiedenheit der Malleïnpräparate und gewisse Abweichungen in der Reaktion noch nicht gestatten, in dieser für die Volkswirtschaft wie für die Armee so hochbedeutenden Angelegenheit schematisch zu verfahren. Auch die Zusammenstellung der reichhaltigen Literatur macht das Buch zu einem sehr wichtigen. Ktg.

Stransky. Über Sprachverwirrtheit. Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. Band VI. Heft 4/5. 110 Seiten. Halle a. S. bei Marhold 1905. Preis 2,80 Mark.

Unter „Sprachverwirrtheit“ wird in der vorliegenden Abhandlung jede nicht bloß aphasische oder artikulatorische Störungen bedingende Anomalie der sprachlichen Ausdrucksform verstanden. Auf dem glossopsychischen Gebiet verfügt der psychomotorische Apparat über die relativ größte Freiheit gegenüber der Gesamtpsyche. In eine Stimmung z. B. kann man sich viel leichter hineinreden als hineinfühlen.

Um den Mechanismus der Sprachverwirrtheit bei Geisteskranken zu verstehen, hat der Verfasser an der psychiatrischen Universitätsklinik in Wien eine Reihe von experimentellen Unter-

suchungen an geistig Gesunden veranstaltet. Die klassischste Sprachverwirrtheit erlebt jeder an sich selbst, wenn er seinen gedanklichen Ductus laut werden läßt. Dem Verfasser gelang es, durch einen besonderen „Ablenkungsmechanismus" intrapsychische Ataxie zu erzeugen, und die Ergebnisse dieser Sprachverwirrtheit fixiert er mit Hilfe des Phonographen. Die übersichtlich zusammengestellten Ergebnisse zeigen nicht bei allen verbigerierenden, im übrigen geistig normalen Individuen den rein ideenflüchtigen Typus, sondern meist ein Gemisch von Ideenflucht und Haftenbleiben. Im Anschluß daran erörtert der Verfasser eingehend die Sprachverwirrtheit bei der Dementia praecox und der Paranoia chronica an instruktiven Beispielen.

Dr. Paul Schenk.

Peßler, Paul. Zur Feststellung des Geisteszustandes der Beschuldigten im Strafverfahren (§ 51 R. Str. G. B.; § 81 Str. Pr. O.). Braunschweig 1905. Joh. Heinr. Meyer. 157 S. Mk. 2,40.

Der Hauptwert der vorliegenden Arbeit liegt in einer Sammlung von psychiatrisch zum Teil recht interessanten Straffällen, denen Verfasser, der Erster Staatsanwalt in Braunschweig ist, in seiner Praxis begegnet ist. Daß ein Jurist eine solche Sammlung herausgibt, ist etwas Ungewohntes, aber doch recht erfreulich; er kennt die Bedürfnisse der jüngeren Juristen doch besser als der Psychiater, und gerade zum Selbststudium für jene hat der Verfasser, der dabei aber von der Heranziehung eines psychiatrischen Lehrbuches nicht abgesehen wissen will, seine Arbeit bestimmt.

Verfasser schneidet einige prinzipiell wichtige Fragen an: Hat sich der Sachverständige auch über das Vorliegen oder Fehlen der freien Willensbestimmung zu äußern? Inwiefern darf der Sachverständige aktenmäßige, aber nicht als bewiesen festgestellte Tatsachen verwerten? Gibt es eine partielle Zurechnungsfähigkeit? Verfasser hat über diese Fragen Gutachten von einem Strafjustizbeamten, sowie mehreren Ärzten (Direktor einer Irrenanstalt, Gerichtsarzt, zwei Nervenärzte) eingeholt. Leider fehlt eine ausdrückliche Stellungnahme des Verfassers. Doch möchte Referent hervorheben, daß das Beispiel, welches Verfasser genommen hat, um auf das Vorliegen partieller Zurechnungsfähigkeit zu exemplifizieren, wenig glücklich gewählt ist. Dem Vorschlage des Irrenanstaltsdirektors, in allen Sachen, in denen es sich bei genügendem Tatverdacht nur um die Frage nach dem Zutreffen des § 51 Str. G. B. handelt, zur Hauptverhandlung zu schreiten, stimmt Verfasser de lege ferenda bei. Schultze.

Tagesgeschichte.

Auf der Cholerastation.*)

Um 1/2 6 Uhr früh bin ich am Landungssteg, um mit dem Motorboot zur Station zu fahren, die ungefähr 1/2 Stunde von der Stadt entfernt an der Friedenthaler Schleuse sich befindet, wo der Oranienburger Kanal und der Ruppiner Kanal zusammentreffen; denn pünktlich um 6 Uhr beginnt der Dienst.

Das Dienstgebäude ist eine Holzbaracke, eigens zu diesem Zwecke aufgebaut und durch eine Scheidewand in zwei gleich große Räume geteilt, deren einer als Aufenthalts- und Arbeitsraum für die Ärzte, der andere als Wohnung für die Gendarmen und als Wachlokal dient, und so eingerichtet ist, daß aus seinen Fenstern sowohl die beiden südlich nach Pinnow und nördlich nach Sachsenhausen führenden Strecken des Hauptkanals, als auch die westlich als Ruppiner Kanal gehende und die östlich durch die Friedenthaler Schleuse zur Havel führende Strecke des sog. Kreuzkanals überblickt werden können. In unmittelbarer Nähe der Baracke sind auf dem letztgenannten Kanal zwei Wohnprahms festgemacht zur vorläufigen Aufnahme von krankheits- und ansteckungsverdächtigen Personen. Am südwärts führenden Hauptkanal erhebt sich eine von der weißen Flagge überragte, weithin sichtbare Tafel mit der Aufschrift „Überwachungsstelle: Halt!" Darunter zeigen zwei kleine Tafeln den Schiffern an, daß sie hier Trinkwasser holen und Klosetteimer entleeren können. Ein Brunnen mit gutem Trinkwasser befindet sich beim Schleusenmeister, und neben der Baracke ist eine umzäunte und als solche gekennzeichnete Dunggrube ausgeworfen. Das Personal der Station setzt sich zusammen aus 3 Ärzten, 4 Gendarmen und 2 Desinfektoren; jedes der beiden als Dienstfahrzeuge dienenden Motorboote hat 2 Mann Besatzung und führt die weiße Flagge.

Nach Ankunft an der Station nimmt der Desinfektor ungelöschten Kalk und die zur Herstellung der Kalkmilch nötigen Eimer, Schreibzeug und Formulare an Bord, ein Gendarm steigt zu uns ins Boot und nun beginnt die Revision, die in Anbetracht der noch herrschenden Dunkelheit und namentlich dann, wenn, wie in letzter Zeit häufiger, die Fahrzeuge infolge des Frostes mit Eis überzogen sind, durchaus nicht als angenehme Beschäftigung empfunden wird. Zunächst werden die über Nacht von Pinnow her angekommenen Fahrzeuge, die an der Haltestelle festliegen, revidiert; von der Sachsenhausener Seite haben wir vorläufig nichts zu erwarten, da dort auf Grund einer Verfügung jeden Nachmittag möglichst viele Fahrzeuge schon jenseits der Schleuse untersucht werden. Diese Maßnahme hat den Zweck, den den Schiffern durch die Überwachung entstehenden Zeitverlust möglichst auf ein Minimum zu reduzieren. Denn während die Schleusenzeit entsprechend den Dienststunden auf der Station auf die Zeit von 6 Uhr morgens bis 6 Uhr abends beschränkt ist, dürfen Fahrzeuge, die am Nachmittag jenseits der Schleuse revidiert wurden, bei Vorzeigung der Bescheinigung noch bis 9 oder 10 Uhr abends passieren. Es ist dies meines Wissens die erste und einzige Verfügung betreffend den Stromüberwachungsdienst, die bei den Schiffern freudige Aufnahme gefunden hat. Nach Pinnow zu ist uns dieselbe Maßnahme wegen der großen Entfernung leider nicht möglich. Die Untersuchung der Fahrzeuge nehmen wir in folgender Weise vor: Der Arzt, der Gendarm und der Desinfektor begeben sich auf das Schiff; ersterer macht auf Grund des vom Schiffer eingeführten Revisionsscheins sich seine Notizen, überzeugt sich, ob frisches Trinkwasser in genügender Menge, ein Klosetteimer oder ein ähnliches Geschirr und ein Eimer mit frischer Kalkmilch, die gelbe und schwarze Flagge vorhanden sind, und belehrt die Besatzung darüber, wie sie sich zu schützen und bei Erkrankung zu verhalten hat. Währenddessen haben die beiden letzteren die hintere resp. vordere Kajüte durchsucht und alle Personen an Deck geschickt, wo sie vom Arzt einer je durch die Umstände bedingten mehr oder weniger eingehenden Untersuchung unterzogen werden. Sind Mitglieder der Besatzung aus irgendwelchem Grunde nicht imstande, an Deck zu erscheinen, und das ist morgens früh fast bei allen Kindern und weiblichen Personen der Fall, so begibt sich der Arzt in die Kajüten und hat damit Gelegenheit, auch die manchmal recht interessanten und amüsanten Intimitäten des Schifferlebens kennen zu lernen. Damit ist die Revision beendet. Der Arzt macht auf dem Revisionsschein und zu seinen Notizen einen entsprechenden Vermerk, der Desinfektor gibt nötigenfalls noch frische Kalkmilch ab, der Gendarm händigt dem Schiffer ein Exemplar der Druckschrift „Wie schützt sich der Schiffer vor der Cholera?" ein und weiter geht es an den nächsten Kahn. Doch nicht immer geht die amtliche Untersuchung so ruhig und glatt vonstatten. Neben der schon er-

*) Ein bei der Stromüberwachung tätiger Kollege sendet uns nachstehenden anschaulichen Bericht über seine Tätigkeit während der letzten Cholerazeit.

wähnten Möglichkeit, wegen der Dunkelheit oder der Glätte sich körperliche Beschädigungen zuzuziehen, oder, was nach der jeweiligen Geschmacksrichtung des Betroffenen noch unangenehmer sein kann, ein kaltes Frühbad zu nehmen, sorgen widerspenstige Schiffer, keifende Weiber und last not least bissige Köter oft genug für Abwechslung und Ärger. Direkt unangenehm wird der Dienst, wenn der Himmel seine Schleusen öffnet und kräftige Windstöße die Fahrzeuge aus dem Kurs bringen, so daß schon das Herankommen an dieselben mit großen Schwierigkeiten verbunden ist, geschweige denn das Revidieren für uns, die wir gewohnt sind, unsere Tätigkeit in geschlossenen Räumen auszuüben. Aber auch hierbei fehlt die Abwechslung nicht und es bereitet uns oft große Freude, wahrzunehmen, eines wie großen Wörterreichtums die Schiffer sich erfreuen im Verkehr unter sich und auch wohl mit uns, wenn auch die meist mit verblüffender Präzision gewählten Bezeichnungen nichts weniger als schmeichelhaft sind.

Alle diese Beigaben fallen naturgemäß fort bei der Untersuchung von Flößen. Hier fehlen Weiber und Köter, auch Kajüten oder ähnliche Verschläge sind auf den bei uns verkehrenden Flößen wegen der räumlichen Verhältnisse nicht möglich, höchstens ein kleines Zelt, das der Flößer aufmacht, könnte versteckten Personen Unterschlupf gewähren; auch ist das Hausgerät weniger reichlich und deshalb leichter zu übersehen. Zudem bieten die Flöße dem Winde weniger Angriffsflächen, um sie aus dem Kurs zu treiben. Bei Dampfern ist die Revisionstätigkeit am meisten zeitraubend, da hier auch noch auf Wasserklosetts gefahndet werden muß, die wir stets vernageln; doch findet man hier wohl noch eher Entgegenkommen der Besatzung, weil jeder Dampfer außer der Reihe sofort abgefertigt werden muß.

Um $^1/_2$8 Uhr kommen die ersten Fahrzeuge von der Sachsenhausener Schleuse; die über Nacht von Pinnow angelangten sind mittlerweile abgefertigt, neue angekommen, und nun werden die Fahrzeuge tunlichst während der Fahrt revidiert, um die Schiffer möglichst wenig aufzuhalten; zugleich beginnt das zweite Boot in derselben Besetzung seine Tätigkeit, während der dritte Arzt entweder vom Lande aus die dort noch festliegenden Fahrzeuge besteigt oder schriftliche Arbeiten erledigt oder auch mal — Zeit zum Ausruhen hat. In der Zeit von 12 bis 3 Uhr ist wegen der Mittagspause immer nur ein Arzt auf der Station; um 3 Uhr beginnt der Dienst wieder in vollem Umfang, doch mit der Abänderung, daß jetzt das eine Boot über die Sachsenhausener Schleuse fährt.

An Sonntagen sind die Dienststunden und auch die Schleusenzeit nur von 6—8 Uhr morgens und 2—6 Uhr nachmittags, so daß das Personal der Station diesen Tag wirklich als einen Ruhetag empfindet, im Vergleich zu den Wochentagen.

An die Revision der Fahrzeuge schließt sich die Revision der in unserem Bezirk verlaufenden Wasserstrecken an. Der Zweck dieser Revision ist, festzustellen, ob Fahrzeuge auf freier Strecke ohne ersichtlichen Grund festgemacht haben, und diese gegebenenfalls zu untersuchen. Soweit die Arbeit — wir haben täglich 150—170 Fahrzeuge mit 500—700 Personen zu untersuchen — und die Ausdehnung des Bezirks — ca. 40 km Wasserstrecke — es erlauben, werden diese Revisionsfahrten regelmäßig ausgeführt.

In Anbetracht des enormen Verkehrs ist die Zahl der verdächtigen Personen auf unserer Station verschwindend klein. Einen wirklichen Cholerakranken haben wir nicht gefunden, krankheitsverdächtige Personen bis jetzt 12, wobei wir jegliche Erscheinungen von Magen- und Darmerkrankungen a priori als verdächtig ansahen. In solchen Fällen haben wir die Leute eingehend instruiert, auf ihrem Kontrollschein einen entsprechenden Vermerk gemacht, den Fall in eine besondere Liste eingetragen und die nächste Überwachungsstelle, die das Fahrzeug zu passieren hatte bzw. die Polizeibehörde des Bestimmungsortes telephonisch und schriftlich benachrichtigt. Dieses Verfahren hat den Vorzug, daß es einmal die Schiffer nicht unnötig aufhält, und sodann, daß die Schiffer uns auch viel bereitwilliger über alles, was wir zu wissen wünschen, Auskunft erteilen, und hat sich uns bisher als vollkommen ausreichend erwiesen. Zugleich wird eine unnötige Beunruhigung der Bevölkerung vermieden.

Fragt man sich, was durch die Überwachung und Belehrung erreicht ist, so muß man sagen, daß trotz einiger, immer noch wiederkehrender Ausnahmen, die Resultate recht günstig genannt werden können.

Die Schiffer entnehmen fast ausschließlich ihren Trinkwasserbedarf den an der Strecke befindlichen Brunnen; daß Fluß- oder Kanalwasser zu Haushaltungszwecken benutzt wird, finden wir nur in den seltensten Fällen, aber auch dann nur in gekochtem Zustand. Etwas anders liegt es mit der Beseitigung der Dejekte. Nicht selten hören wir von den Schiffern selbst, und haben es auch aus eigener Anschauung feststellen können, daß die Dejekte direkt in den Wasserlauf entleert werden. Die gedruckten Aufklärungen über die Gefahren, die ihnen beim Genuß von ungekochtem Fluß- oder Kanalwasser drohen, machen anscheinend einen tieferen Eindruck auf die Leute als die mündlich mitgeteilten Strafen, die ihrer bei Verunreinigung der Wasserläufe durch Dejekte harren. Als weiteres erklärendes Moment kommt wohl noch hinzu, daß an jeder Schleuse der durch das Durchschleusen bedingte Aufenthalt zum Trinkwasserholen benutzt werden kann, nicht aber zum Entleeren der Klosetteimer, weil nicht überall Dunggruben an der Schleuse sich finden, und die Schiffer bei der ohnehin schon großen Verzögerung ihrer Reise jeden weiteren Aufenthalt zu vermeiden suchen. Auch sind sie meist überzeugt, damit nichts Unrechtes zu tun, weil sie, nach ihrer Angabe, auf manchen Stationen belehrt werden, ihre Abgänge mit etwas Lysol oder Kresol zu versetzen und dann ins Wasser die Eimer zu entleeren. Aus dieser Mannigfaltigkeit der dem Schiffer zur Verfügung gestellten Desinfektionsmittel, resp. aus der Tatsache, daß ihm die Wahl des Mittels überlassen ist, folgt leider häufig, daß er gar keins gebraucht.

Wo kleine Kinder oder Säuglinge an Bord sind, belehren wir die Frauen, daß sie namentlich das Waschwasser, in dem sie die Kinderwäsche gereinigt haben, nicht in den Flußlauf entleeren dürfen; auch bemühen wir uns, den Leuten klar zu machen, daß sie nur auf den Aborten, nicht aber überall an Land (und das letztere geschieht meist in unmittelbarer Nähe der Flußläufe) ihre Bedürfnisse befriedigen dürften, weil in diesem Falle ihre Entleerungen durch Regen in die Wasserläufe gespült werden können. Leider ist dies meist vergeblich. Der Schiffer kennt eben nicht die Gefahren, die ein anscheinend gesunder Bazillenträger in sich birgt, und weiß wohl, wie er sich, nicht aber, wie er andere vor der Cholera schützt.

Im allgemeinen, muß man sagen, ist Dank des ausgezeichnet organisierten Überwachungsdienstes wohl alles erreicht, was zur Sicherung unseres Landes gegen eine Invasion der Seuche überhaupt zu erreichen war; aber eine Erleichterung des ungeheuer anstrengenden, an Körper und Gesundheit des Überwachungspersonals enorme Anforderungen stellenden Dienstes wäre vielleicht möglich, wenn durch entsprechend erweiterte Aufklärungsschriften für die Schiffer diese mit dem Wesen der Seuche, den Mitteln zu ihrer Bekämpfung und nicht in letzter Linie den Strafen bei Zuwiderhandlungen etwas bekannter würden; wenn in der Beschaffenheit des an die Schiffer abzugebenden Desinfektionsmittels und ihre Belehrung durch die Ärzte mehr Einheitlichkeit herrschen würde, und durch möglichst erleichterte Ausführbarkeit der Bestimmungen (z. B. Anlage von Dunggruben an jeder Schleuse) der passive Widerstand der Schiffer gegen die ganze Überwachung vermindert werden könnte.

Jugendgerichte.

In einem Artikel der Deutschen Juristenzeitung weist Amtsgerichtsrat Dr. Köhne darauf hin, daß die Behandlung jugendlicher Angeklagter im Rahmen des gegenwärtigen Strafprozesses recht wesentliche Übelstände zeige, namentlich habe der Strafrichter, der nur gelegentlich Jugendliche aburteile, keine Möglichkeit, ihrer Eigenart gerecht zu werden. Den Weg zum Fortschritt habe uns Amerika gewiesen. Die Aburteilung jugendlicher Verbrecher wird dort in besonderen Jugendgerichten einzelnen Richtern als Spezialgebiet übertragen. Die Grundgedanken dieser Einrichtung ließen sich bei einer Gesetzesänderung auch für Deutschland verwerten. Namentlich seien durch Heranziehung der Vormundschafts- zu den Strafakten Straf- und Erziehungsmittel miteinander richtig zu kombinieren. Auch vom medizinischen Standpunkt dürfte eine Reform der Behandlung jugendlicher Angeklagter nur mit Freude zu begrüßen sein.

Über Säuglingsfürsorge in Paris.

Karl Oppenheimer macht in der Münch. med. Wochenschr. interessante Mitteilungen über diesen Gegenstand. 25 Anstalten beschäftigen sich in Paris mit der Fürsorge für die Gesundheit der Säuglinge und werden dabei von der öffentlichen Wohltätigkeit wirksam unterstützt. Die Anstalten scheiden sich in solche, welche sich vorwiegend mit Brustkindern und der Propaganda für das Stillen beschäftigen, und solchen, welche für das Gesundbleiben künstlich ernährter Säuglinge durch regelmäßige kontrollierende Sprechstunden sorgen. Budin begrünete 1892 die „Consultations de nourissons“, indem er Sorge trug, daß jede Mutter, die aus einer geburtshilflichen Klinik entlassen wurde, selbst nährte und dann regelmäßig sich wieder einfand, um Rat und Lob für ihre Tätigkeit zu holen. Durch große Hingebung und Sorgfalt wurde so erreicht, daß 94 % der Budinschen Klientel Muttermilch erhielten und zwar 70 % ausschließlich, 7 bis 8 Monate lang, 24 % teilweis und nur 6 % durch künstliche Ernährung aufgezogen wurden, wozu die Milch in der Anstalt sterilisiert geliefert wurde. Die Erfolge zeigten sich darin, daß in 6 Jahren B. nur ein Kind an Brechdurchfall verloren hat. 1904 starben von 269 bei B. unter Aufsicht stehenden Kindern nur drei. Ähnliche Verhältnisse walten bei Dévé ob, von welchem Verfasser einen Überblick über die enorme Sorgfalt, mit welcher die Mütter herangehalten werden, erhielt, indem ein-, zwei- ja dreimal an ausbleibende Mütter mahnend geschrieben wird. An regelmäßig Erscheinende wird bei gutem Erfolg eine Belohnung erteilt.

Ähnlicher Art sind die Sprechstunden für Flaschenmilchkinder, die den seltsamen Namen „gouttes de lait“ führen, die Milch wird sterilisiert, und zwar teilweise in den „Gouttes“, teilweise bereits am Orte der Gewinnung (Normandie); nur in einer Sprechstunde wird sie pasteurisiert geliefert. Sie wird wenig verdünnt, und zwar ausschließlich mit Wasser, nicht mit Schleimabkochungen: 50 g Milch zu 10 g Wasser wird nur bis zum dritten Monat, von da an, von manchen Ärzten schon früher, Vollmilch gegeben, geringe Quanten in häufigen Mahlzeiten, z. B. 400—500 g in 9 (!) Mahlzeiten. Die Aufklärung der Mütter erfolgt nur mündlich, was Verfasser auch für unsere Verhältnisse befürwortet, da die Schriftchen aufklärenden Inhalts nicht gelesen oder falsch verstanden werden; er befürwortet aber, Aufsätze über das betreffende Thema in Arbeiterzeitungen alle 8 bis 14 Tage erscheinen zu lassen. Reform des sog. Krippenwesens schlägt er vor derart, daß der Arzt eine Sprechstunde ansetze, in die gesunde Brustkinder gebracht werden, der Magistrat solle Lokalitäten dazu zur Verfügung stellen, geburtshilfliche Klinik und Hebamme sorge für Propaganda für diese Sprechstunden. Es werden Stillprämien gewährt, event. erhalten die wenigstens teilweis stillenden Mütter die Kuhmilch, welche sie noch bedürfen, gratis oder zu einem Vorzugspreise. Nach Maggriér gehören drei Dinge dazu: eine Wage, ein Milchsterilisierapparat und die hingebende Fürsorge des Arztes. Verfasser wünscht den letzten Punkt an die Spitze gesetzt zu sehen, da nur er Bürgschaft für den Erfolg gibt. Seelhorst.

Landerziehungsheime.

Gegenüber dem kurzsichtigen Verordnen der Hunderte von chemischen Nahrungs- und Genußmitteln, deren Bestandteile und Herstellungsweise man oft gar nicht kennt, lenkt Prof. Klein-München in der Münch. med. Wochenschrift den Blick auf die gesundheitlich geregelte Erziehung der Jugend, welche in den Landerziehungsheimen durch Beschäftigung der Kinder in Garten, Feld und Wald, durch Erteilen des wissenschaftlichen Unterrichts im Freien geübt wird. Diese Schulen sind: die landwirdschaftliche Schule am Geiselgasteig (für Mädchen), das Haushaltungspensionat Villa Therese in Ganting und das Landerziehungsheim in Breitbrunn am Ammersee. Leider ist der Preis der Unterbringung noch recht hoch, so daß nur Begütertere von der Einrichtung Gebrauch machen können. Seelhorst.

Muß sich eine Ehefrau zur Ermöglichung der ehelichen Gemeinschaft auf Verlangen ihres Mannes einem Heilverfahren unterziehen?

Die eheliche Gemeinschaft wird, wie jeder erfahrene Arzt weiß, nicht selten dadurch mehr oder minder illusorisch, daß die Frau sich der ehelichen Pflicht zu entziehen sucht, indem sie Krankheit vorschützt oder auch wirklich krank ist. Der Mann war in solchem Falle zumeist in einer üblen Lage, — er war sogut wie machtlos, besonders wenn die Frau sich weigerte, dazu zu tun, daß ihrem vermeintlichen oder wirklichen Krankheitszustande abgeholfen werde. Diese Verhältnisse haben durch eine Entscheidung des Reichsgerichts vom 1. Dezember 1904 eine bedeutsame Klärung gefunden.

Eine Ehefrau war mit ihrer Scheidungsklage abgewiesen worden. Ihr Mann hatte Wiederherstellung der ehelichen Gemeinschaft gefordert und, da seine Frau dieselbe verweigerte, weil sie hysterisch und derartig krank sei, daß sie die eheliche Gemeinschaft nicht ohne Gefahr für ihre Gesundheit fortsetzen könne, beantragt, sie zu verurteilen, sich auf seine Kosten in einer Nervenheilanstalt zur Beseitigung dieser Gefahr kurieren zu lassen. Diesem Antrag hat das Gericht entsprochen und das Reichsgericht hat das Urteil bestätigt und zwar mit folgender Begründung: Nach § 1383 des B. G.-B. sind Ehegatten einander zur gegenseitigen Treue, zu gegenseitigem Beistande und zum Zusammenleben verpflichtet. Wenn eine solche Verpflichtung in einem auf Geld und Gut beruhenden Verhältnisse vorliegen müsse, so würde der Verpflichtete nach Treu und Glauben offenbar etwaige Hindernisse beseitigen müssen, die der Erfüllung dieser seiner Verpflichtung entgegenständen. In gleicher Weise ist es Pflicht der Ehegatten, alle ihrer gegenseitigen Verpflichtung zur ehelichen Gemeinschaft entgegenstehenden Hindernisse zu beseitigen. Wenn daher die Behauptungen der Frau hinsichtlich ihres mit ihrer angeblichen Hysterie verbundenen Krankheitszustandes wahr sind, so muß sie dazu mitwirken, diesem Zustande abzuhelfen, sich also in eine Heilanstalt begeben und dort Gesundung suchen. Dem Antrage des Mannes muß sie sich fügen, weil der Mann ein Recht auf Herstellung der ehelichen Gemeinschaft hat, nicht weil sie ihm Gehorsam schuldet, denn letzteres würde zu weit gehen. Der Mann kann aber sein Recht nicht ausüben, wenn die Frau nicht gesund ist. (Corr.-Bl. d. Ärzte Sachsens.)

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum der Verlagsbuchhandlung von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung“ erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann-Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. **№ 23.** **Ausgegeben am 1. Dezember.**

Inhalt:

(Aus dem „Hermann-Haus“, Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft Stötteritz bei Leipzig, Hauptstr. 44, Chefarzt: Professor Dr. Windscheid.)

Ein Fall von doppelseitiger hysterischer Nackenmuskelkontraktur.

Von
Dr. med. **Rudolf Tetzner,**
Assistenzarzt des Hermann-Hauses.

In der reichhaltigen Literatur über psychogene Kontrakturen im Gebiete der Halsmuskulatur findet man eine Menge Variationen der Kopfhaltung, die bedingt sind durch die verschiedenen Kombinationen der Muskeln zu einer Kontraktur. In der weitaus überwiegenden Mehrzahl der Fälle finden wir eine Beteiligung der Muskulatur der einen Seite an der Kontraktur, sind beide Seiten betroffen, so ist es meist die eine Seite stärker als die andere. Der unten beschriebene Fall von hysterischer Nackenmuskelkontraktur, bei dem beide Seiten völlig gleichmäßig von der Kontraktur betroffen waren, dürfte daher zu den großen Seltenheiten gehören; einen analogen Fall habe ich in der Literatur nicht auffinden können. Der Fall bietet zugleich durch die begleitenden Nebenumstände manches Interessante.

Er kam zur Beobachtung in der Unfallnervenklinik der Sächsischen Baugewerks-Berufsgenossenschaft „Hermann-Haus“ Stötteritz bei Leipzig,

Ich gebe im folgenden einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte:

P., Handarbeiter aus Ch., 21 Jahre alt.

Angeblich keine erbliche Belastung; keine Geschlechtskrankheiten, kein Schnaps, selten 1—2 Glas Bier. Vor 7 Jahren mit rechtem Zeigefinger in Maschine geraten, die II. und III. Phalanx des rechten Zeigefingers sind amputiert. Deswegen nicht Soldat. Nicht verheiratet.

Im September 1903 begann seine jetzige Krankheit mit Zucken und Schütteln des Kopfes, namentlich traten die

Zuckungen im Nacken auf, es wurde immer schlimmer, er hat trotzdem weiter gearbeitet bis Mai 1904; von da ab war es ihm völlig unmöglich zu arbeiten, da sein Kopf so stark nach hinten gezogen wurde, daß er die Arbeit nicht mehr sehen konnte; er war vom 3. Mai bis 6. Juni 1904 in ambulanter ärztlicher Behandlung, von 6. Juni bis 27. Oktober 1904 im Krankenhause Ch.; ein Erfolg war nicht zu verspüren; vom 27. Oktober 1904 bis 28. Oktober 1905 war er ohne ärztliche Behandlung untätig zu Hause; am 28. Oktober 1905 wurde er ins Hermann-Haus zu Stötteritz bei Leipzig aufgenommen.

Er klagte bei der Aufnahme darüber, daß es ihm unmöglich sei, den Kopf nach vorn zu bewegen, er müsse, um herumlaufen zu können, beständig beide Hände gefaltet hinter dem Kopfe tragen, um so den Kopf so weit nach vorn zu ziehen, daß er wenigstens nach vorn zu blicken könne, da sonst seine Augen direkt nach oben gerichtet seien, außerdem habe er Schmerzen in den Muskeln seitlich am Halse, Schmerzen in beiden Schultern und Oberarmen.

Die Untersuchung ergibt einen mittelgroßen, kräftig gebauten jungen Mann von normalem Knochenbau, mäßigem Fettpolster, ruhigem Gesichtsausdruck; das psychische Verhalten ist normal. Schädel ohne Narben, Ohrläppchen angewachsen. Keine Klopfempfindlichkeit des Schädels, Orbitalpunkte nicht schmerzhaft. Pupillen etwas über Mittelweite, gleich, rund, reagieren prompt und ausgiebig auf Lichteinfall und Konvergenz. Augenbewegungen gleichmäßig und ausgiebig. Sehvermögen normal, Farbensehen normal, Augenhintergrund ohne pathologischen Befund, Gesichtsfeld nicht eingeengt; Geruch, Geschmack, Gehör normal, Facialis gleich innerviert, Zunge gerade, gut beweglich, nicht belegt, ruhig, Gaumen etwas steil. Uvula gerade, Gaumenbögen heben sich gleichmäßig und genügend. Sensibilität der Kopf- und Gesichtshaut normal. Extremitäten völlig ausgiebig beweglich, von gleicher Muskulatur, die II. und III. Phalanx des rechten Zeigefingers sind amputiert. Auf dem Dorsum der I. Phalanx des linken Zeigefingers eine kleine Hautnarbe (Beilhieb). Rohe Kraft gut. Feinschlägiger Fingertremor. Gang ohne Besonderheiten. Kein Romberg, geringes Lidflattern.

Bindehautreflexe vorhanden, Gaumenreflex vorhanden, Patellarsehnenreflexe gesteigert, gleich, Plantar-, Bauchdecken-, Kremasterreflexe normal, Fußklonus angedeutet. Sensibilität normal; Dermographie gering, keine Druckpunkte. Abdomen, Bruchpforten, Genitalien ohne Besonderheiten.



Brustkorb 86 : 90, dehnt sich gleichmäßig aus, Lungengrenzen nicht erweitert, Herzdämpfung nicht vergrößert. Töne rein, Puls 112, regelmäßig, Armschlagadern gering verhärtet, eben sichtbar pulsierend.

Brust- und Lendenwirbelsäule gerade, gut beweglich, nicht klopfempfindlich.

Der Kopf wird extrem nach hinten gestreckt gehalten, das Gesicht sieht vollständig nach oben, dabei ist der Kopf keiner Schulter mehr genähert, siehe Abbildung. Durch die Hautfalten des Nackens fühlt man die kontrahierten Nackenmuskeln. Druck auf die Nackengegend ist nicht schmerzhaft. Beide Schilddrüsenlappen sind in mäßigem Grade vergrößert und treten bei dieser Kopfhaltung natürlich mehr als gewöhnlich hervor. Aktiv ist nur ein ganz minimales Beugen des Kopfes möglich, dagegen gelingen Seitwärtsdrehungen des Kopfes relativ gut. Bei dem Versuche, den Kopf passiv zu beugen, treten heftige klonisch-tonische Krämpfe in der Nackenmuskulatur auf und es gelingt nur mit Aufbietung aller Kräfte, den Kopf nach vorn zu beugen, dabei erweist sich die Halswirbelsäule völlig intakt, krankhafte Veränderungen an Haut, Muskeln, Bändern, Knochen und Gelenken sind nicht festzustellen.



Bei dem geringsten Nachlassen der Kraft federt der Kopf, wie von einer starken Gummimasse gezogen, wieder in seine Stellung zurück, auch passiv ist eine weitere Überstreckung des Halses nicht zu erreichen. Elektrisch völlig normales Verhalten der Muskulatur. Gibt man dem Patienten auf, die Hände hinter dem Kopfe zu falten, so beugt er aktiv, noch ehe die Hände den Kopf berühren, diesen ziemlich erheblich und so weit, daß die Augen fast völlig horizontal nach vorn blicken.

Beim Essen und Trinken hält er mit der linken Hand den Kopf nach vorn, mit der rechten führt er die Speisen und Getränke zum Mund; die Speisen müssen ihm mundgerecht vorgesetzt werden, da er sie auf dem Tisch nicht sehen und infolgedessen nicht zuschneiden kann.

Diese Kopfhaltung ist eine ganz beständige und erfährt nur in der Ruhe eine ganz geringe Besserung, um bei jeder leichten Erregung, beim Versuche, den Kopf zu beugen, beim Gehen sich wieder zu verschlechtern. Im Schlafe liegt er auf dem Rücken, meist eine Hand hinter dem Kopfe haltend, ohne den Kopf völlig zu beugen.

Die häufigen Untersuchungen ergaben stets den gleichen Befund, der Zustand trotzte allen therapeutischen Maßnahmen.

Es dürfte wohl keinem Zweifel unterliegen, daß wir es hier mit einer doppelseitigen hysterischen Kontraktur der Nackenmuskeln zu tun haben. In hohem Grade auffällig ist das vollständige Fehlen anderer hysterischer Symptome, ein Umstand, der der allgemeinen Erfahrung zuwiderläuft. Oppenheim schreibt in seinem Lehrbuch der Nervenkrankheiten, 1905: „Wesentlich gestützt wird die Diagnose durch die in diesen Fällen fast nie fehlenden anderweitigen Symptome der Hysterie“.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um ein offenbar neuropathisch veranlagtes Individuum, dessen leichte nervöse Erregbarkeit sich durch die gesteigerten Patellarsehnenreflexe, den Fußklonus, das Lidflattern, den feinschlägigen Fingertremor und die Pulsbeschleunigung kund geben.

Was den Fall vor anderen bemerkenswert erscheinen läßt, ist das beiderseitige Auftreten der hysterischen Kontraktur bei völligem Fehlen anderweitiger hysterischer Symptome.

Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen?

Von
Dr. Walther Stempel,
dirigierender Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem und Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte in Breslau.

(Fortsetzung.)

Wir beginnen zunächst mit der Invalidenversicherung.

Bevor wir uns jedoch mit den einzelnen, den Arzt interessierenden Gesetzesvorschriften befassen, ist es von Wichtigkeit, zu wissen, in welcher Weise denn überhaupt die Rentenansprüche erhoben werden müssen und welches die behördlichen Organe sind, welche mit der Ausführung der Invalidenversicherung betraut sind.

Gerade hierin muß der Arzt vollkommen unterrichtet sein, er vermag am eingehendsten und besten zu beurteilen, wenn jemand der Rente bedürftig wird, und soll dann seine in dieser Beziehung meist vollkommen unwissenden Patienten in richtiger Weise belehren und ihnen die Erlangung der Rente erleichtern helfen, umgekehrt aber bei ungerechtfertigten Ansprüchen von vornherein denselben energisch entgegentreten.

Der Antrag auf Rente wird demnach bei der für den Wohnort des Betreffenden zuständigen unteren Verwaltungsbehörde oder einer Rentenstelle eingebracht.

Die untere Verwaltungsbehörde ist in größeren Städten der Magistrat, sonst das Landratsamt des betreffenden Kreises.

Rentenstellen werden zur Erleichterung der Erreichung einer Rente nach Bedarf eingerichtet und wird das Bestehen solcher ausreichend bekannt gemacht.

Von der unteren Verwaltungsbehörde bzw. der Rentenstelle wird der Antrag nach gehöriger Prüfung aller einschlägigen Verhältnisse an die Versicherungsanstalt weiter gegeben.

Zu der Prüfung dieser Verhältnisse gehört nun auch die Einholung des ärztlichen Gutachtens.

Um bei derselben möglichst unparteiisch zu verfahren, wird es den Antragstellern freigestellt, den Arzt ihrer Wahl zu bezeichnen, welcher denn auch gewöhnlich, sofern nicht schwerwiegende Bedenken gegen denselben vorliegen, zur Abgabe des Gutachtens gewählt wird.

Der Antrag geht alsdann von der unteren Verwaltungsbehörde an die zuständige Versicherungsanstalt.

Diese Anstalten haben ihren Sitz gewöhnlich in der Hauptstadt der einzelnen Provinzen bzw. Bundesstaaten.

Berlin hat außerdem eine eigene Versicherungsanstalt neben der der Provinz Brandenburg.

Die Versicherungsanstalt nimmt nun eine weitere und zwar sehr genaue Prüfung des Antrages vor.

Sämtliche Anstalten Deutschlands besitzen jetzt wohl ausschließlich eigne Vertrauensärzte, welchen die Durchsicht und Beurteilung der sämtlichen eingegangenen ärztlichen Gutachten obliegt.

Auf diese Weise werden, da die betreffenden Ärzte auf dem ihnen unterstellten Gebiet nach jeder Richtung hin bewandert sind, sicherlich schon eine große Menge von Anträgen abgelehnt, bei welchen die aus dem ärztlichen Befund gezogenen Schlußfolgerungen in bezug auf die noch bestehende Arbeitsfähigkeit nicht den üblichen Voraussetzungen entsprechen; bei der hiesigen Versicherungsanstalt ist es auch seit deren Bestehen gebräuchlich, unklar liegende Fälle nach Breslau zu bestellen und nochmals durch die Vertrauensärzte nachuntersuchen bzw. beobachten zu lassen.

Allein die Kosten für dieses Verfahren sind außerordentlich groß, es ist darum beim besten Willen nicht möglich, die Nachuntersuchungen am Ort der Versicherungsanstalt noch weiter auszudehnen.

Es müssen dann die beamteten oder sonst in der Begutachtung erfahrenen Ärzte zu den Nachuntersuchungen herangezogen werden. Hierdurch entstehen gleichfalls noch sehr erhebliche Mehrausgaben, die sich bei allgemeiner Kenntnis der für die Rentenbewilligung notwendigen Unterlagen durchweg vermeiden ließen.

Aber die Versicherungsanstalt kann nicht allein ein definitiv entscheidendes Urteil über die Ablehnung eines Antrages fällen, sie kann denselben wohl ablehnen, dem Antragsteller steht jedoch alsdann das Recht der Berufung an zwei höhere Instanzen zu.

Die Erfahrung der letzten Jahre hat nun deutlich gezeigt, daß von dem Recht der Berufung der ausgiebigste und unumschränkteste Gebrauch gemacht wird.

Man kann es wohl als Regel annehmen, daß jeder von der Versicherungsanstalt Abgewiesene die höheren Instanzen in Anspruch nimmt, ist doch das Verfahren für den Antragsteller vollkommen kostenlos.

Auch hierdurch wird eine ganz enorme Steigerung der Kosten und Ausgaben bedingt, welche selbstverständlich alle von der Versicherungsanstalt getragen werden müssen.

Die nächst höhere Instanz nach der Versicherungsanstalt ist das Schiedsgericht, welches in den Hauptstädten der einzelnen Regierungsbezirke seinen Sitz hat.

Es wird gebildet von einem Vorsitzenden, einem höheren Verwaltungsbeamten und vier Beisitzern, zwei aus der Reihe der Arbeitgeber, zwei aus der Reihe der Arbeitnehmer.

Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden.

Die Berufung an das Schiedsgericht muß innerhalb vier Wochen, vom Tage der Zustellung des ablehnenden Bescheides an erfolgen, widrigenfalls dieselbe ungültig ist.

Das Schiedsgericht wählt sich alle Jahre in seiner ersten Sitzung die ärztlichen Sachverständigen für das betreffende Jahr, es können dem Schiedsgericht hierzu Vorschläge von seiten der Ärztekammern gemacht werden, es entscheidet jedoch ganz selbständig nach dieser Richtung hin. Die Sachverständigen werden aber aus den Reihen der älteren und in der Begutachtung erfahrenen Ärzte ausgewählt.

Die von ihnen geforderten Gutachten werden meist nach Untersuchung bzw. genauer Beobachtung der Kläger schriftlich abgegeben, dies Verfahren ist meiner Ansicht nach das einzig richtige, denn zur gerechten Beurteilung eines Invalidenrentenanwärters gehört eine sehr eingehende Untersuchung, die zweckdienlich unmöglich in einem Termin vorgenommen werden kann, in welchem eine größere Anzahl von Personen der Untersuchung harren.

Dieses Verfahren wird zwar stellenweise auch noch bei einzelnen Schiedsgerichten gehandhabt, muß aber aus den angeführten Gründen ärztlicherseits als durchaus unzweckmäßig erachtet und dessen Beseitigung angestrebt werden.

Gegen das Urteil des Schiedsgerichts steht nun beiden Parteien, sowohl der Versicherungsanstalt als auch dem Versicherten das Recht der weiteren Berufung beim Reichsversicherungsamt zu.

Auch hierbei ist es notwendig, daß die Berufung innerhalb vier Wochen, vom Tage des ablehnenden Bescheides an eingelegt wird.

Während jedoch beim Schiedsgericht die Berufung nach jeder Art Ablehnung möglich ist, kann die Revision beim Reichsversicherungsamt nur darauf gestützt werden, daß erstens die angefochtene Entscheidung auf der Nichtanwendung oder auf der unrichtigen Anwendung des bestehenden Rechtes oder auf einem Verstoße wider den klaren Inhalt der Akten beruhe, zweitens daß das Verfahren an wesentlichen Mängeln leide.

Die nicht genügende Beachtung und Würdigung ärztlicher Gutachten, vor allem solcher von seiten des behandelnden Arztes oder auch von Autoritäten, ist von seiten des Reichsversicherungsamtes vielfach als ein wesentlicher Mangel angesehen worden.

Was nun die Art der Rentenbewilligung anbelangt, so besagt § 15 des Invalidengesetzes, daß Invalidenrente ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige erhält, welcher dauernd erwerbsunfähig ist.

Es wird demnach dem Versicherten vom Tage der dauernden Erwerbsunfähigkeit an eine Rente ausgezahlt, deren Höhe sich nach dem Arbeitsverdienst richtet, welcher behördlicherseits für die einzelnen Berufsarten und Kreise festgesetzt ist.

Diese Rente ist demnach ein- für allemal in einer bestimmten Höhe festgelegt, je nach der Höhe des Arbeitsverdienstes und wird nicht wie im Unfallverfahren nach Prozenten bestimmt.

Wenn eine Person durch Krankheit als erwerbsunfähig anzusehen ist, besagt der Absatz 4 des § 5, sie ist es demnach dann, wenn sie nicht mehr imstande ist, infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihr unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Diese beiden Paragraphen sind für den Mediziner weitaus die wichtigsten des ganzen Gesetzes, ihre sinngemäße und richtige Auslegung ist jedoch eine ungemein schwere.

Sie ist nur demjenigen in gewissenhafter Weise möglich, der alle die auf diese Paragraphen bezüglichen Entscheidungen und Erlasse des Reichsversicherungsamt kennt.

Das ist aber meiner Erfahrung nach nur eine ungemein beschränkte Anzahl von Ärzten, während es gerade die Unkenntnis dieser Kommentare ist, welche die sich fast ins ungeheure steigernden Rentenbewilligungen bedingt.

Es würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten, wollte ich nur mit einer mäßigen Gründlichkeit auf alle die verschiedenen Bestimmungen eingehen, welche in sachgemäßer Auslegung dieser Paragraphen festgesetzt worden sind, ich muß mich hier mit einigen der wichtigsten Ausführungen begnügen.

So wird vielfach von seiten der Ärzte angenommen, daß ein für seinen bisherigen Beruf untauglicher Mensch, z. B. ein Maurer, welchem wegen Verkalkung der Schlagadern und hierdurch bedingten leichten Schwindelanfällen das Besteigen von Gerüsten und Leitern unmöglich ist, nun auch als arbeitsunfähig im Sinne des Gesetzes anzusehen ist.

Dies ist jedoch keineswegs der Fall, denn nach ausdrücklichen Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist Berufsinvalidität nicht auch alsbald ohne weiteres Invalidität im Sinn des Gesetzes.

Diese Behörde hat vielmehr bestimmt, daß der Anspruch auf Invalidenrente nur dann begründet ist, wenn der Versicherte nicht nur in seinem Berufe, sondern überhaupt durch irgendwelche seinen Kräften und Fähigkeiten entsprechende Lohnarbeit die Mindestverdienstgrenze nicht mehr erreichen kann.

Um bei dem angegebenen Beispiel zu bleiben, so kann ein an leichten Schwindelanfällen leidender Maurer sehr wohl noch die mannigfachsten Arbeiten verrichten, bei welchen er nicht gezwungen ist, Gerüste oder Leitern zu besteigen, er kann auf dem herrschenden Arbeitsmarkt, besonders auch in der Landwirtschaft, sich noch mit so zahlreichen Arbeiten in einem ungefährdeten Betriebe befassen, daß er seine Mindestverdienstgrenze meistens noch erreichen wird.

Selbstverständlich wird man bei derartigen Fällen neben dem objektiven Krankheitsbefund auch noch die verschiedensten andern Faktoren zu berücksichtigen haben, als Grundsatz muß aber festgestellt werden, daß Berufsinvalidität nicht ohne weiteres Invalidität im Sinn des Gesetzes bedingt.

Vielfach wird dann weiterhin von den Ärzten in ihren Gutachten noch der Einwand gemacht, daß der Untersuchte zwar zu einer ganzen Reihe gewisser Arbeiten noch tauglich erscheint, da derartige Arbeiten jedoch am Ort des Antragstellers nicht zu haben seien, so müsse er als erwerbsunfähig angesehen werden.

Auch diese Auffassung, welche ich wiederholentlich in ärztlichen Gutachten gelesen habe, ist eine durchaus irrige.

Das Reichsversicherungsamt hat ausdrücklich in vielfachen Entscheidungen darauf hingewiesen, daß die Aufgabe des Gesetzes nicht in einer Versicherung gegen Arbeitslosigkeit bestehe, sondern lediglich gegen Erwerbsunfähigkeit.

Der Gesetzgeber hat somit die Fälle im Auge gehabt, in welchen die Möglichkeit zur Ausübung einer Erwerbstätigkeit infolge des stetigen Auf- und Niederganges der Erwerbszweige allgemeinen örtlich und zeitlich mit einer gewissen Regelmäßigkeit wiederkehrenden Schwankungen unterliegt, deren Nachteil aber die arbeitende Bevölkerung durch Übernahme von Arbeit an anderen Plätzen oder auf anderen Feldern in gewissem Umfange zu begegnen in der Lage ist.

Es ist hiermit gesagt, daß jemand, der nur noch zu gewissen, in seinem Wohnort nicht erhältlichen Arbeiten tauglich ist, noch nicht ein und für allemal darum als erwerbsunfähig im Sinn des Gesetzes anzusehen ist.

So lange sich demselben die Möglichkeit bietet, ohne schwerwiegendste Umwälzungen derartige Arbeiten an einem anderen Orte zu erlangen, kann eine dauernde Erwerbsunfähigkeit nicht angenommen werden.

Die sowohl durch das Invaliden- als auch das Unfallgesetz notwendigen, von den einzelnen Arbeitgebern bei Prüfung der Anträge geforderten Lohnlisten und Aufstellungen über den Verdienst durch Arbeiten der verschiedensten Art haben das Gute mit sich gebracht, daß man jetzt vollkommen darüber orientiert ist, wie viel in den einzelnen Betrieben im Jahr durch Lohnarbeiten leichter, mittelschwerer und schwerer Art verdient werden kann.

Demnach muß es jetzt als sicher angenommen werden, daß ein Mensch, der selbst nur leichte Lohnarbeiten noch andauernd verrichten kann, auch in weitaus den meisten Fällen noch vollkommen imstande ist, seine vom Gesetz vorgeschriebene Mindestverdienstgrenze zu erlangen, welche bei uns in Schlesien ungefähr zwischen 60 und 400 M. schwankt.

Die niedrigen Verdienstgrenzen gelten für Frauen in landwirtschaftlichen Betrieben, die höheren für Männer derselben Berufsart oder Frauen in größeren Städten und Fabriken, die höchsten für Männer in Großstädten oder ausgedehnten gewerblichen Betrieben, besonders im Bergbau.

Diese kurzen Andeutungen mögen genügen, um darzutun, von wie mannigfachen Bedingungen die Beurteilung der noch verbliebenen Erwerbsfähigkeit eines Menschen abhängig ist, sie werden aber auch beweisen, daß ohne die intimste Kenntnis sämtlicher Kommentare eine gerechte Beurteilung absolut unmöglich ist.

(Schluß folgt.)

Gutachten betreffend die Prüfung einseitig farbenschwacher Eisenbahnbediensteten.

Von

Sanitätsrat Dr. G. Herzfeld.

Am 25. Oktober 1905 hat der Bahnarzt Herr Dr. N. in H. folgende Eingabe der Königlichen Eisenbahndirektion Halle a. S. unterbreitet:

„Bei den Untersuchungen der neuanzustellenden Leute auf Farbenunterscheidungsvermögen ist es mir aufgefallen, daß die Fähigkeit, Farben zu unterscheiden, mitunter, wenn auch selten, nicht gleich auf beiden Augen ist. In einem Falle, der aus anderen Gründen abgewiesen werden mußte, bestand sogar auf einem Auge eine ausgesprochene Grünblindheit, während das andere Auge normal Farben unterschied. Ich finde meine Beobachtung in der neuesten Literatur bestätigt.

Bei der außerordentlichen Wichtigkeit eines normalen Farbenunterscheidungsvermögens auf beiden Augen erlaube ich mir den Antrag, eine Verfügung dahingehend erlassen zu wollen, daß, analog der Prüfung der Sehschärfe, auch die des Farbensinns für bestimmte Kategorien von Beamten auf jedem Auge einzeln fortan vorgenommen wird (Zug-, Lokomotiv- und Bahnwärterpersonal, sowie Stationsbeamte im Außendienst)."

Unter dem 7. November 1905 forderte mich die Königliche Eisenbahndirektion zu einer gutachtlichen Äußerung über diesen Antrag auf.

Ehe ich mein Gutachten abgebe, muß ich bei der Wichtigkeit des Antrages und bei der großen Tragweite desselben auf die Sache selbst eingehen.

Sind die Beobachtungen N.'s richtig und wenn, unter welchen Verhältnissen treten sie in die Erscheinung?

Daß Verhältnisse vorkommen, in denen Menschen ein verschiedenes Farbenerkenntnisvermögen auf jedem Auge haben, ist unzweifelhaft festgestellt. Es ist sogar von Physikern experimentell erzeugt worden durch Vorhalten verschieden gefärbter Gläser. Dove sagt in seiner „Darstellung der Farbenlehre" (Berlin 1853): Wenn man dem rechten Auge eine andere Farbe darbietet als dem linken, sahen einige eine Farbe nach der andern, einige farbige Flecken der einen neben farbigen Flecken der anderen, endlich einige die aus beiden Farben entstehende Mischungsfarbe.

Und weiter: Hält ein solcher Beobachter vor das eine Auge ein farbiges Glas, vor das andere ein andersfarbiges, so stellt er den Augen die Aufgabe, die gleiche Akkomodation beider oder wenigstens das Verhältnis derselben unter der Voraussetzung, daß sie für beide Augen nicht gleich sei, zu verändern, und da dieser Aufgabe nicht genügt werden kann, so werden sich die Bilder nicht decken, sondern aus sich kreuzenden Richtungen auf eine Fläche projektiert werden, die nicht im Durchschnittspunkt beider Richtungen liegt.

Auf der Brüsseler Konferenz im Jahre 1897 machte Lantshere darauf aufmerksam, daß die farbigen Signale nicht auf gleiche Entfernungen zu erkennen sind, was auch schon Dove erwähnt, indem er nachweist, daß rot unter einem spitzeren Winkel gesehen wird als grün. Sind nun beide Augen nicht von gleicher Sehschärfe, so muß natürlich rot von dem Auge, das eine größere Sehschärfe besitzt, eher erkannt werden, als von dem mit geringerer Sehschärfe ausgestatteten Auge. Auch hierin kann man eine Gefahr für die Sicherheit des Betriebes erblicken.

Um zu erfahren, welche Auffassung die neueren Physiologen über die vorliegende Frage haben, wandte ich mich an Herrn Professor Nagel an dem physiologischen Institut der Universität. Dieser war so liebenswürdig, mir in einem längeren Schreiben zu antworten. Er sagt:

„Es werden in der älteren Literatur (der 70er oder 80er Jahre) 2—3 Fälle von einseitiger Farbenblindheit beschrieben. Es liegen aber keine sicheren Anhaltspunkte dafür vor, daß diese Störung angeboren war, ich möchte das sogar fast bezweifeln. Theoretisch könnte man ja sagen, es würde ein gutes, farbentüchtiges Auge für gewöhnlich ausreichen, da es mit dem farbenblinden Auge nicht in Widerspruch geraten, sondern dieses eher ergänzen würde. In der Praxis würde ich aber auch dafür sein, Leute, die auch nur auf einem Auge Farbensinnstörung haben, vom Eisenbahndienste zurückzuweisen, weil die Wahrscheinlichkeit groß ist, daß es sich um erworbene Fehler handelt (Intoxikation durch Alkohol, Tabak oder Optikusatrophie)."

Wir sind hiermit schon zu der zweiten zu besprechenden Frage übergegangen: Unter welchen Verhältnissen tritt einseitige Farbenblindheit auf?

Sowohl die Physiker wie die Physiologen als auch die Spezialaugenärzte stimmen darin überein, daß bei einseitiger Farbenblindheit jedes Auge ein verschiedenes Brechungsvermögen haben muß, daß eine ungleiche Akkomodation beider Augen besteht. Hervorgerufen kann dieser Fehler sein durch Bildungsfehler oder durch krankhafte Vorgänge. Ersteres ist bis jetzt nicht erwiesen, letzteres durch die verschiedensten Erkrankungen bewirkt. Hierhin gehören Störungen des Zentralorgans, des Gehirns, Störungen der Netzhaut und toxische Einflüsse. Auf jeden Fall also krankhafte Einflüsse. Hierauf macht auch der Antragsteller aufmerksam, indem er schreibt: „In einem Falle, der aus anderen Gründen abgewiesen werden mußte, usw." Er sagt zwar nicht, welches diese anderen Gründe sind, jedoch liegt es auf der Hand, daß körperliche Untüchtigkeit zur Abweisung geführt hat. Daß diese selbe körperliche Untüchtigkeit die einseitige Farbenblindheit erzeugt haben könnte, ist dem Antragsteller entgangen.

Wie gestaltet sich nun das Farbenempfindungsvermögen beim Gebrauch beider Augen des einseitig Farbenblinden?

Wir haben oben gesehen, daß vier Möglickeiten vorliegen. Entweder sieht der so Leidende beide Farben hintereinander oder nacheinander oder gemischte Farben (Dove) oder das Erkenntnisvermögen des normalen Auges ist verstärkt (Nagel) In allen Fällen, mit Ausnahme des letzten, wird der fehlerhaft Beanlagte stets zu unsicheren Schlüssen kommen, da es für ihn unentschieden bleibt, welches Auge denn die rechte Farbe gesehen hat. Aber auch im letzten Falle wird ein solcher Beamter untauglich sein, da er nur auf den Gebrauch des normalsichtigen Auges angewiesen ist, er befindet sich also in der Lage eines auf einem Auge Erblindeten. Da nun bei dem gefahrbringenden Beruf eines Eisenbahnbediensteten sehr leicht durch Staub oder sonstige Vorgänge das gesunde Auge unbrauchbar werden kann, so entsteht die Gefahr, einen Beamten im Dienst zu haben, der ganz geblendet ist.

Magnus (Die Untersuchung der optischen Dienstfähigkeit des Eisenbahnpersonals, Breslau 1898) sagt:

2. Jeder, auch der geringste Fehler des Farbensinns (unvollständige Farbenblindheit, schwacher Farbensinn), macht den Eintrittsprüfling vollkommen dienstuntauglich.

Diesem Grundsatz stimmt auch der Antragsteller bei. Um nun diesem grundlegenden Verlangen Rechnung zu tragen, wird der Antrag gestellt,

> Analog der Prüfung der Sehschärfe auch die des Farbensinnes für bestimmte Kategorien von Beamten auf jedem Auge einzeln vornehmen zu lassen.

Wie oben ausgeführt, kommt die einseitige Farbenblindheit nur beim Bestehen entweder in die Augen springender anderer körperlicher Gebrechen vor oder bei Augenerkrankungen selbst. Körperliche Gebrechen, mit welchen einseitige Farbenblindheit verbunden sind, sind so schwerer Natur, daß die Ausschließung vom Dienst selbstverständlich ist. Augenerkrankungen aber müssen, da ja die Prüfung der Sehschärfe der des Farbensinnes vorausgeht, den Untersucher schon darauf aufmerksam gemacht haben, daß auch der Farbensinn gelitten haben muß. Außerdem muß, wie oben gezeigt, bei verschiedener Farbenempfindung die Pupille des einen Auges anders eingestellt sein, d. h. die Pupillen

müssen eine ungleiche Weite haben, eine Tatsache, die jeden Untersucher schon zu der größten Aufmerksamkeit verpflichtet.

Nach all dem Angeführten komme ich zu folgendem Gutachten:

Die Beobachtung des Antragstellers, daß einseitig Farbenblinde vorkommen, ist richtig. Da aber dieses Vorkommen stets von anderen krankhaften Erscheinungen abhängig ist, welche entweder bei der Körperuntersuchung oder bei der vorher vorzunehmenden Prüfung der Sehschärfe deutlich erkennbar sind und zur Ablehnung eines Neueinzustellenden bzw. zur Zurückziehung eines zur Wiederholungsprüfung gelangenden Beamten führen müssen, so ist eine Verordnung, jedes einzelne Auge auf Farbensinn zu prüfen, eine unnütze Vermehrung der Untersuchungsmaßregeln und kann daher der Antrag nicht befürwortet werden.

Referate.

Allgemeines.

Die Einwirkung der Arbeit auf den Körper als Betriebsunfall.

Von Reg.-Rat Dr. Konrad Weymann.
(Die Arbeiterversorgung. 22. Jahrg. Nr. 26)

Nach unserer Rechtsprechung ist ein Betriebsunfall durch die Einwirkung der bloßen Arbeit gegeben, wenn sie besonders schwer ist und im Mißverhältnis zu den Kräften des Arbeiters steht. Aber auch die gewöhnliche Arbeit kann Ursache eines Betriebsunfalles werden, wenn dabei oder dadurch ungünstige Umstände eintreten, z. B. wenn sich ein Arbeiter durch eine schnelle Bewegung eine Verletzung, Brucheinklemmung usw. zuzieht. Dagegen ist es zweifelhaft, ob ein Betriebsunfall angenommen werden darf, wenn die gewöhnliche Arbeit an sich, ohne zufällige Komplikationen auf einen bereits kranken Organismus einwirkt, so daß das Leiden verschlimmert wird — sofern die Arbeit nur den Charakter eines plötzlich schädigenden Ereignisses hat. Verfasser führt einige Entscheidungen des R. V. A. an, in denen diese Frage bejaht und die Rente bewilligt wurde. Denen steht indes eine andere Reihe gegenüber, in der ebenso grundsätzlich und klar der entgegengesetzte Standpunkt zur Geltung kam. Die Entscheidungen variieren, je nachdem entweder die Arbeit und deren Betrieb, oder die vorhandene Gebrechlichkeit, Krankheitsanlage oder Krankheit als Ursache der Beschädigung angenommen sind. Eine allgemeine Stellungnahme des R. V. A. liegt nicht vor. Rosin stellt sich auf den Standpunkt, daß ein Unfall gegeben ist, wenn z. B. ein Herzschlag, eine Lungenblutung oder ein Bruch bei einem dazu disponierten Arbeiter unter Umständen eintritt, unter denen die Betriebsarbeit ein höheres Maß von Anstrengung erfordert, als bei den Tätigkeiten des gewöhnlichen Lebens. Abgesehen von der Unbestimmtheit dieses Begriffes ist nach Verfasser der R.'schen Definition auch deshalb nicht beizutreten, weil in einem durch Krankheit vorbereiteten Körper der Anteil der Krankheit für die Schädigung bestimmender ist, als der der Arbeit (? Ref.). Es widerspricht dem Wesen der Sache, wenn man als Unfall einen Zusammenbruch bewertet, der unausbleiblich ist, wenn überhaupt gearbeitet wird. In solchem Falle kann von einem Unfall um so weniger die Rede sein, weil auch der Tatbestand des Zufälligen fehlt — der Durchkreuzung des natürlichen Ablaufes der Arbeit durch eine von außen kommende Gewalt „Accident". Es handelt sich vielmehr um die natürliche Rückwirkung der Funktionen auf den Körper. Niemand wird den apoplektischen Insult für einen Unfall ansehen, der den an Arteriosklerose Leidenden etwa beim Spazierengehen oder Treppensteigen trifft — sondern lediglich als das Endglied einer Kette von inneren Entartungen. Anders liegt die Sache, wenn ein schonungsbedürftiger Arbeiter durch ein plötzlich auftretendes Erfordernis von Arbeitskräften oder durch höheren Befehl gezwungen wird, auf die nötige Schonung zu verzichten. Da liegt eine vom Normalen abweichende Einwirkung vor; wenn dann durch die Arbeit ein vorhandenes Leiden zum Durchbruch gebracht wird, so ist das ein Betriebsunfall. Verfasser schlägt folgende Definition vor:

„Wenn die gewöhnliche, in ihrer Schwere nicht oder nicht in außergewöhnlichem Maße gesteigerte Betriebsarbeit, sie sei an sich leicht oder schwer, ohne Mitwirkung besonderer, ungünstiger Umstände zum Abschluß einer vorhandenen Krankheitsentwicklung geführt hat, so liegt Betriebsunfall nicht vor."

Von der Annahme dieses Grundsatzes verspricht er sich eine Klärung der Sachlage, namentlich z. B. bei der Hernienbeurteilung, deren Grundlage noch immer unsicher ist. — Ich kann diese Hoffnung nicht teilen. Auch die vorgeschlagene Definition läßt subjektiven Erwägungen einen umfassenden Spielraum: Schwere, außergewöhnliches Maß, ungünstige Umstände, bieten keinen allgemein gültigen Maßstab. Der wird auch nie zu gewinnen sein, da wir Menschen beurteilen, nicht Maschinen. Die Militärverwaltung erkannte in der Dienstanweisung von 1877 ebenfalls Dienstbeschädigung nicht an, wenn die Schädigung unter Umständen eintrat, die das gewöhnliche, nicht militärische Leben für alle Berufsarten mit sich bringt (§ 22 [4]). In Wirklichkeit wurde diese Definition nie in Anwendung gezogen; man hat sie in der Dienstanweisung von 1894 fallen lassen und ist in der von 1904 dabei geblieben. Meines Erachtens mit Recht. Körting.

Die Impfklauseln in den Weltpolicen der Lebensversicherungsgesellschaften.

Von Geh. Med.-Rat Dr. Ludwig Pfeiffer-Weimar.
(8°. Berlin 1905. Verlag von E. S. Mittler & Sohn)

Pfeiffer untersucht den Einfluß der Impfung auf die Blatternletalität, speziell in Deutschland. Daß diese Untersuchung in sorgfältigster und zuverlässigster Weise geführt wird, bedarf bei dem Namen des Autors keiner Versicherung. Von den Schlußsätzen, die sich aus den ausführlichen und großenteils graphisch erläuterten statistischen Nachweisen ergeben, seien die wichtigsten hier angeführt. 1. Bei „geblatterten" Personen besteht ein minimales Risiko. „Rückfällige" Blattern kommen vor, aber meist mit sehr mildem Verlauf und mit geringem Ausschlag (variola sine exanthemate). Todesfälle sind nur selten. 2. Personen ohne Vakzinationsschutz erkranken bei Kontakt mit Blatternkranken sicher. Immunität gegen Blattern besteht nur bei etwa 3 % derselben. Die Letalität der ungeimpft Erkrankten schwankt von 6 bis 50 %, je nach der Schwere der herrschenden Epidemie. 3. Erwachsene Ungeimpfte haben eine höhere Letalität als ungeimpfte Kinder. 4. Bei den im ersten Lebensjahr geimpften Personen kommen Todesfälle an Blattern vor dem 20. Lebensjahre kaum vor. Die Todesfälle nehmen mit zunehmendem Alter zu und sind in höherem Lebensalter so häufig als wie bei Ungeimpften. Blatternerkrankungen treten vor dem 20. Lebensjahre auf, aber in nicht letaler Form. Es beträgt die Schutzdauer der Erstimpfung gegen Erkrankung etwa zehn Jahre, gegen tödliche Erkrankung etwa 20 Jahre. 5. Bei den nur einmal in der Kindheit geimpften Personen macht sich in den Altersklassen von 25 bis 55 Jahren noch ein deutlich erkennbarer Impfschutz gegen letale Blatternerkrankung geltend. 6. Bei den Personen, die im zwölften Lebensjahre revakziniert worden sind, ist die Letalität bis gegen das 40. Lebensjahr eine minimale, bis zum 50. Lebensjahr ein sehr geringe. 7. Bei den Personen, die im 20. Lebensjahr zum zweitenmal revakziniert worden sind (beim

Eintritt in den Militärdienst), kommt nach den Armeestatistiken so gut wie keine Blatternmortalität vor.

In einem besonderen Abschnitt bespricht Pfeiffer die Impfklausel in den Versicherungspolicen in England, Deutschland (für die sie seit der 1874 eingeführten Zwangsrevakzination keine Bedeutung mehr hat), Amerika, Österreich und der Schweiz.

Lehfeldt.

Über Lebensprognosen.

Von Dr. Moritz-St. Petersburg.

(8°, 57 Seiten und 4 Tabellen, St. Petersburg 1905.)

Auf Grund dreißigjähriger Erfahrung bespricht Moritz die allgemeinen konstitutionellen und die speziellen Organveränderungen, die für die Bemessung der voraussichtlichen Lebensdauer in Betracht kommen. Die Schrift ist zum Leitfaden für die Vertrauensärzte der russischen Lebensversicherungsgesellschaften bestimmt. Interessant ist ein Vergleich der Sterblichkeitstafeln deutscher und russischer Gesellschaften. Bis zum siebenten Jahrzehnt des Lebens stellen sich die Zahlen für Deutschland durchgehends etwas günstiger; erst in den letzten Dezennien ist die Sterblichkeit in Rußland geringer und dementsprechend ist die Zahl der Neunzig- und Hundertjährigen dort nicht unbeträchtlich höher als bei uns. Lehfeldt.

Körpergröße und Körpergewicht.

Von Generalarzt Dr. Villaret, Korpsarzt des XVIII. A.-K.

Nach der Brocaschen Formel soll der ausgewachsene Mann soviel Kilogramm wiegen, wie er Zentimeter groß ist nach Abzug des ersten Meters. Die in das Heer einzustellenden Ersatzrekruten sollen ein „entsprechendes Körpergewicht" haben. Zur Klärung dieses Begriffes hat Verfasser bei 42 563 gesund zur Reserve entlassenen Mannschaften das Gewicht und die Größe zusammenstellen lassen, welches die Leute am Einstellungstermin hatten.

Das interessante Ergebnis ist folgendes:

Zahl der Rekruten	Größe cm	Durchschnittsgröße in cm	Durchschnittsgew. in kg	Das ist zur Brocaschen Formel in kg
4 128	154—159	156,5	56,8	0
11 234	160—164	162	59,6	— 2,4
14 619	165—169	167,0	62,5	— 4,5
9 158	170—174	172,0	66,0	— 6,0
2 840	175—179	177,0	69,3	— 7,7
514	180—184	182,0	74,5	— 7,5

[Die Zahl über 184 Größe war zu gering um in Betracht zu kommen.]

Es erhellt, daß die B'sche Formel auf unsere noch nicht völlig ausgewachsenen Rekruten keine Anwendung finden kann. Der Villaretsche Maßstab wird daher Beachtung verdienen.

Ktg.

Chirurgie.

Über abnorme Epithelisierung und traumatische Epithelcysten.

Von Prof. Dr. Pels-Leusden, Leiter der chir. Poliklinik der Charité zu Berlin.

(Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 34.)

Nach Heilung oberflächlicher Hauttuberkulose bleiben nicht selten häßliche brückenförmige oder sinuöse Narben zurück, die mit Epidermis ausgekleidet sind. Für die Herkunft des in die Tiefe reichenden Epithelüberzuges sind die Haarbälge, Schweiß- und Talgdrüsen verantwortlich zu machen. Liegen Hohlräume im Gebiet ihrer Gänge und werden, z. B. durch irgendeinen Fremdkörper, eine Zeitlang offen gehalten, so kommt es von den genannten Gebilden aus zur Epidermisierung. Verfasser hat das durch Tierversuche bewiesen, über die er berichtet. In derselben Weise entstehen die traumatischen Epithelcysten, welche bisher auf die Verlagerung eines Hautstückchens in die Tiefe bezogen wurden. Die Stelle des Fremdkörpers kann da ein Blutcoagulum vertreten. Zur Behandlung wird nur beiläufig bemerkt, daß Exstirpation der Skrofulodermen oder Epithelcysten geboten ist, wenn man eine lineäre Narbe erzielen will.

Ktg.

Ein Fall von Myositis ossificans traumatica.

Von Dr. Heine-Dortmund.

(Mon. f. Unf-Heilk. 1905, Nr. 8.)

Die Frage, ob Knochenbildung im Muskel nach Traumen stets vom Periost ausgeht, oder ob sie auch ohne Verletzung der Knochenhaut im Muskel selbst entstehen kann, ist noch umstritten. Heine beschreibt folgenden Fall: Ein 48jähriger Maurer stürzt auf der Treppe 8 Sprossen hinunter. Das rechte Bein war braun und blau, doch arbeitete der Verletzte erst mit Unterbrechungen, dann dauernd weiter. Als er kurz vor Ablauf der Karenzzeit untersucht wurde, klagte er über Brennen im rechten Oberschenkel. Dieser war im ganzen verdickt, sein Umfang über 2 cm größer als der des linken Oberschenkels. Auf der Mitte des rechten Oberschenkels eine nicht genau abzugrenzende faustgroße Verdickung und Verhärtung in der Muskulatur, die den Eindruck eines Tumors machte. Die Bewegung des rechten Hüft- und Kniegelenks war etwas beeinträchtigt. Das Röntgenbild zeigte auf der Außenseite des Oberschenkelknochens eine etwa 10 cm lange, unten $1/2$ cm breite, oben erheblich umfangreiche Knochenneubildung, deren längste Achse parallel dem Femur verläuft und von diesem unten etwa 1 cm absteht, während sie sich oben breit an den Knochen anlegt und höchstwahrscheinlich mit ihm in Verbindung steht. Dem Anschein nach ist die Neubildung cystisch, da das Röntgenbild in der Mitte eine hellere Stelle zeigt, die dem Bilde der Markhöhle im Röhrenknochen ähnelt. Lehfeldt.

Beiträge zur Kenntnis der kongenitalen Muskeldefekte.

Von Otto Steche.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band 2—4. Heft.)

Verfasser hebt aus der Reihe der Fälle von Muskeldefekten als scharf umschriebene Gruppe die Pectoralisdefekte heraus; dabei finden sich Skelettanomalien (Defekte der Brustwand, Hypoplasie des Schultergürtels und des Armskeletts, Mißbildungen der Hand), Flughaut- und Schwimmhautbildung, Entwicklungsstörungen der Haut. Diese Defekte sind einseitig, können nicht vererbt werden und beeinträchtigen nur wenig die Funktion. Schultze.

(Aus der chir. Abt. des k. und k. Garnisonhospitals Nr. 26 zu Mostar.)

Zwei Fälle von traumatischen Gelenkmäusen.

Von k. und k. Regimentsarzt Dr. R. Fibich.

(Wiener med. Woch. 1905, Nr. 34.)

Mitteilung von zwei Beobachtungen, welche „einen instruktiven Beitrag liefern zur Lehre vom traumatischen Ursprung einzelner Gelenkmäuse entgegen der Meinung Königs, daß sich Gelenkmäuse meistens auf Grund von früheren osteochondritischen Erkrankungen bilden". Die Gelenkmäuse waren im Anschluß an einen Fall auf das Knie und an eine Distorsion im Kniegelenk entstanden. Niehues-Berlin.

Über syringomyelitische Schulterveränderungen.

Von Denis G. Zesas. Lausanne.

(Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Band 80, Heft 1 und 2.)

Die Veränderungen, welche das Schultergelenk bei der Syringomyelie erleidet, bestehen in Erschlaffung der Gelenkkapsel und der sie umgebenden Weichteile, welche meistens die Folge

eines ausgeheilten oder bestehenden Gelenkergusses darstellt, in Erweiterung der Pfanne und Verkleinerung bzw. Abschleifung des Humeruskopfes.

Infolge dieser Veränderungen kommt es nicht selten zu einer Luxation, die nach Einrenkung wiederholt und allmählich zu einer habituellen wird. Bei allen derartigen Luxationen soll man an Syringomyelie als Ursache denken.

Niehues-Berlin.

Über die Fraktur der oberen Portion des Humerus.

Von A. Broca in Paris.
(Med. Klinik 1905, Nr. 29.)

In Vortragsform und an der Hand eines vorgestellten Falles erörtert B. die Symptomatologie und Behandlung des genannten Bruches bei Kindern. Oft ist die Anamnese unklar; man ist daher auf die Untersuchung allein angewiesen. Die Ecchymose hat weder wegen ihres Sitzes noch nach der Zeit ihres Erscheinens Charakteristisches. Gleichwohl kann ihr spätes Sichtbarwerden und die Senkung an der äußeren Seite des Armes an eine tiefe Läsion, also wahrscheinlich eine Fraktur denken lassen. Eine beträchtliche gespannte und glänzende Schwellung der Schulter mit Verringerung nach dem Ellenbogengelenk zu ist immer auf Verletzung des Skeletts zu deuten; namentlich wenn dazu die charakteristische Körperhaltung kommt: der Kopf nach der verletzten Seite geneigt, der Vorderarm im Ellenbogengelenk horizontal gebeugt und von der Hand der gesunden Seite unterstützt. Am schwierigsten gestaltet sich nun aber die Differentialdiagnose von der Luxation, wenn man vom Roentgenverfahren absieht, welches den Ärzten in der Provinz doch nicht überall zur Verfügung steht. Ausschlaggebend für Verrenkung ist die Stellung des Humeruskopfes und die Leere der Cavitas glenoides scapulae. Freilich kann es bei starker Schwellung enorm schwierig sein, dies richtig abzutasten. Die Prüfung auf Krepitation kann meist unterbleiben, da sie unnötige Schmerzen verursacht. Auf abnorme Beweglichkeit wird durch vorsichtiges Erheben des Vorderarmes und senkrechten Druck auf den Ellenbogen geprüft. Man sieht dann, daß die Artikulation scheinbar um eine Fingerlänge herabgerückt ist. Endlich ist die Zunahme des Schmerzes charakteristisch, wenn man vom Humeruskopf nach unten tastet und die Bruchlinie erreicht. Dabei wird man auch trotz der Schwellung oft den scharfen Rand der nach innen dislozierten Diaphyse des Humerus fühlen können. Die Behandlung B.s basiert auf dem Prinzip, die Schultermuskeln durch allmähliche Streckung zu erschlaffen. Das geschieht bei Kontraextension von der Achsel aus durch Bindenzügel, welche am unteren Humerusende und am rechtwinklig gehaltenen Vorderarm angreifen. Sie werden mit 2—3 kg belastet. Die Wiedereinrichtung geschieht dabei im allgemeinen zufriedenstellend. Darauf erfolgt Eingypsung. Die Bindenzügel bleiben während dessen an ihrer Stelle und werden erst nach dem Erhärten abgeschnitten. Der Verband bleibt 15 Tage liegen; dann setzt vorsichtige Massage und Bewegung ein. Rei der ungebundenen Lebendigkeit vieler Kinder sind Rezidive nicht selten. Der vermehrte Kallus kann dann ein Osteosarkom vortäuschen. In solchen Fällen sichert die Vorgeschichte und längere Beobachtung die Diagnose, während die Radiographie sie nicht unterstützt.

Ktg.

Kasuistischer Beitrag zur Kenntnis der isolierten Luxationen des Radius.

Von Regimentsarzt Dr. Johann Hand in Jaroslau.
(Wiener med. Wochenschri.t, 1905, Nr. 10.)

Nach einer kurzen Beschreibung der Entstehungsweise und Symptome der frischen Verrenkungen des Radius im Ellenbogengelenk, berichtet H. über eine eigene Beobachtung einer veralteten Luxation dieses Knochens nach vorn.

Der Kranke hatte sich als Kind durch Sturz vom Leiterwagen, wobei er zwischen die Speichen eines Rades geriet, eine isolierte Luxation des Radiusköpfchens und ein halbes Jahr darauf durch Sturz vom Pferde ein Rezidiv zugezogen, dessen Beseitigung nicht wieder gelang. Bei der Untersuchung gelegentlich der Einstellung beim Militär hing der Arm „in Viertelbeugestellung, untere Radiushälfte nach innen, obere nach außen gekehrt“ am Körper herab; das Ellenbogengelenk war infolge teilweisen Hervorragens des Radiusköpfchens über den seitlichen Condylus humeri etwas verbreitert. Der vordere Teil des Köpfchens ließ sich in der Ellenbogenbeuge durchfühlen. Beugung gelang nur bis zum Winkel von 80°, wobei das Köpfchen noch weiter lateralwärts trat; Extension, Pro- und Supination waren teilweise behindert.

Da eine Reposition nicht mehr ausführbar, im übrigen aber die Gebrauchsfähigkeit des Armes nur in geringem Grade beeinträchtigt war, so wurde von einem blutigen Eingriff abgesehen, und der dienstuntaugliche Mann wieder entlassen.

Niehues-Berlin.

(Aus der II. Abt. des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien; Hofrat Prof. v. Mosetig-Moorhof.)

Beitrag zur Lehre von der isolierten subkutanen Fraktur einzelner Handwurzelknochen.

Von Sekundärarzt Dr. M. Hirsch.
(Wiener med. Wochenschrift 1905, Nr. 34.)

Vor Einführung der Röntgenstrahlen waren fast nur die durch direkte Gewalt entstandenen offenen Brüche der Handwurzelknochen bekannt. Die Röntgenstrahlen und die Unfallversicherung haben hier Wandel geschaffen. Man hat gefunden, daß den meisten Fällen von Handverstauchung ein Bruch eines Handwurzelknochens zugrunde liegt, und daß bestimmte Knochen am häufigsten betroffen werden.

Das Os naviculare carpi steht hier an erster Stelle; Brüche desselben sind wiederholt beschrieben worden. Sie entstehen in der Weise, daß bei radial flektierter Hand das zwischen dem unteren Ende des Radius und dem festen Capitatum gleichsam als Puffer eingelagerte Naviculare durch eine in der Richtung des Unterarms einwirkende Gewalt zerdrückt wird (Kompressionsbruch). Oder der länglich und grazil gebaute Knochen wird bei Ulnarflexion der Hand durch eine von der Handfläche aus wirkende Gewalt über dem Griffelfortsatz des Radius in ähnlicher Weise zerbrochen, wie ein Rohrstab über dem Knie Biegungsbruch). Schließlich kann noch bei starker Ulnarflexion der Hand, wenn das feste vom Proc. styl. rad. zur Tuberositas oss. nav. laufende Band den starken Zug überwindet, die Tuberositas abgerissen werden (Rißfraktur).

Die klinischen Erscheinungen bestehen in Schwellung des Handgelenks, Einschränkung der Beweglichkeit, namentlich der Dorsalflexion und einem streng auf die Tabatière beschränkten Druckschmerz. Es kommen noch hinzu die Ausfüllung der sonst eine Grube bildenden Tabatière, eine oberflächliche Lage der beiden Radialisäste und die Annäherung des unteren Radiusendes an die Mittelhand.

Die Mehrzahl der Brüche ist intrakapsulär; es bleibt deshalb infolge der schlechten Ernährungsverhältnisse die Callusbildung und knöcherne Heilung des Bruches meist aus. Dies zieht eine Reihe recht unangenehmer Spätfolgen nach sich, Versteifung der Hand, Stellung der Hand in Radialflexion, Druckschmerz in der Tabatière usw., so daß die Arbeitsfähigkeit nicht selten vermindert ist.

Die extrakapsulären Brüche konsolidieren meistens mit vollständiger Herstellung der Funktion.

Zur Behandlung wird für die ersten 8 Tage die Anlegung eines Streckverbandes mit nachfolgender Massage, Gymnastik usw. empfohlen. In schweren Fällen läßt sich die blutige Entfernung eines oder beider Knochenstücke zuweilen nicht umgehen.

H. fügt der Arbeit die Erzählung zweier eigner Beobachtungen von Bruch des Naviculare bei. Eine kurze Besprechung über einen Fall von Bruch des Mondbeins bildet den Schluß. Niehues-Berlin.

(Aus der I. chirurg. Abt. des k. k. Allg. Krankenhauses in Wien; Primar. Büdinger.)

Ein Fall von Interposition des Lig. annulare in die Articulatio humero-radialis.

Von Dr. A. Dumas in Monastir, Makedonien.
(Wiener klinische Wochenschrift, 1905. Nr. 26.)

Ein Schmied stieß mit dem Ellenbogen an einen Holzgegenstand (genauere Angaben fehlen. Ref.), bekam nach einigen Tagen plötzlich Schmerzen im Ellenbogengelenk, konnte nicht mehr arbeiten und suchte das Krankenhaus auf. Hier fühlte man im linken Radio-Humeral-Gelenk bei Rotationsbewegungen „ein deutliches Hüpfen des Gelenks zwischen Pronation und Supination“, welches starke Schmerzen verursachte. Der Extension fehlten 30 Grad.

Nach Eröffnung des Gelenks von einer an der radialen Seite des Ellbogens gelegenen Inzision aus zeigte sich, daß das Lig. annulare von der lateralen Seite losgerissen war und sich über das Radiusköpfchen gelegt hatte. Nach Exstirpation des interponierten Teiles des Bandes, Verschluß des Gelenks, anfänglicher Ruhigstellung und späterer Massage trat in sechs Wochen Heilung mit völliger Gebrauchsfähigkeit ein.

Niehues-Berlin.

(Aus dem Städt. Krankenhaus zu Nürnberg; Hofrat Dr. Göschel.)

Die Heilungsresultate der Unterschenkelbrüche.

Von K. bayr. Oberarzt Dr. F. Sauer.
(Beiträge zur klinischen Chirurgie. B. 46. S. 1.)

S. hat 111 Fälle von Unterschenkelbrüchen, welche im Nürnberger Krankenhaus behandelt waren, verfolgt und aus den Unfallakten das schließliche Ergebnis festgestellt. Von den 111 Brüchen betrafen 44 beide Knochen, 10 das Schienbein, 6 das Wadenbein, 21 beide, 10 den inneren, 20 den äußeren Knöchel. Die Behandlung bestand in der ersten Zeit in Anlegung eines modellierten Pappschienen-Steifgazeverbandes, später in Benutzung einer dorsalen Gipshanfschiene. In letzter Zeit wurde auch der Bardenheuerschen Extensionsmethode ein vermehrtes Augenmerk geschenkt.

S. faßt seine Beobachtungen in folgende Schlußsätze zusammen:

1. Bei Unterschenkelbrüchen, die durch einen Betriebsunfall herbeigeführt worden sind, tritt in über 75 % aller Fälle nach durchschnittlich 16,4 Monaten völlige Erwerbsfähigkeit ein.

2. Von denjenigen Verletzten, welche nicht schon vor der 14. Woche völlig erwerbsfähig geworden sind, erlangten noch ca. 70 % nach durchschnittlich 22,4 Monaten die völlige Erwerbsfähigkeit.

3. Neben der Art und Lage der Fraktur ist das Lebensalter von weitestgehendem Einfluß auf den Heilungseffekt:
   a) Im Alter von 10—20 Jahren werden fast alle, von 21—30 Jahren $^5/_6$, von 31—50 Jahren ca. $^1/_3$—$^1/_2$, von über 50 Jahren nur noch $^1/_3$ der Verletzten wieder völlig erwerbsfähig;
   b) während im zweiten Dezennium zur vollständigen Wiederherstellung 14 Monate genügen, wird im vierten Dezennium schon ein Zeitraum von 24 Monaten erforderlich.

4. Auch anfänglich sehr schwere Funktionsstörungen, die zunächst Renten von 60—80 % notwendig machen, werden häufig, namentlich von jugendlichen Individuen, nach mehreren Jahren vollkommen überwunden.

5. Die Bardenheuersche Extensionsmethode verspricht bessere Heilungsresultate. Sie ist deshalb in Krankenhäusern den bisherigen Behandlungsarten vorzuziehen.

Niehues-Berlin.

Die Verrenkungen der Mittelfußknochen im Lisfrankschen Gelenk.

Von Josef Berger in Köln.
(Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, neue Folge, Nr. 372.)

Die Verrenkungen im Lisfrankschen Gelenk gehören zu den seltenen Verletzungen, was in dem anatomischen Bau des Gelenks, der Trennung in einzelne Gelenkhöhlen, in dem eigenartigen bogenförmigen Verlauf der Gelenklinie, der die Bogenlinie unterbrechenden Einsenkung des zweiten Mittelfußknochens, vor allem aber in dem überaus kräftigen Bandapparat, dessen Zerreißung eine sehr große Gewalt erfordert, begründet ist.

Die isolierten Verrenkungen einzelner Gelenke kommen an Zahl der totalen Luxation gleich, eine Tatsache, die in der Trennung der Gelenkhöhlen und dem unregelmäßigen Verlauf der Gelenklinie seine Erklärung findet.

Da der Bandapparat an der plantaren Seite weit kräftiger ist, als an der dorsalen, kommen die dorsalen Verschiebungen häufiger zur Beobachtung.

Die größere Abduktionsfähigkeit des Mittelfußes, der schräge Verlauf der Gelenklinie von vorn innen nach hinten außen und die an der lateralen Seite weniger ausgesprochene Einfalzung des zweiten Mittelfußknochens bedingen ein häufigeres Zustandekommen der lateralen Verrenkungen.

Zur Entstehung der Verrenkung kann schon ein einfacher Fehltritt, ein Ausgleiten des Fußes oder ein Fall bei feststehendem oder eingeklemmtem Vorderfuß führen. Auch beim Überfahrenwerden, bei dem Auffallen eines schweren Gegenstandes auf den Fußrücken, beim Sprung oder Fall auf den Fuß, beim Sturze mit dem Pferde sah man die Verrenkung auftreten.

Die Krankheitserscheinungen richten sich nach der Art der Verrenkung. Bei der vollständigen dorsalen Luxation ist der in Spitzfußstellung stehende Fuß verkürzt, und seine Konvexität vermehrt. Entlang der Gelenklinie fühlt man unter der gespannten Haut des Fußrückens eine vorspringende, kuppenartige Leiste, hinter welcher eine Einsenkung liegt. Die Gelenkflächen der verschobenen Keilbeine und des Würfelbeins entziehen sich wegen der dicken Weichteilschicht an der Fußsohle meistens der Betastung. Die Zehen stehen stets in Dorsalflexion, oft in äußerster Hyperextension. Alle diese Symptome können bei starker Weichteilschwellung sehr zurücktreten; es bleibt dann nur eine Equino-Varusstellung übrig, deren Scheitel nicht wie beim echten Pes equino-varus im Chopartschen, sondern im Lisfrankschen Gelenk liegt. — Bei der Subluxation sind die aufgezählten Abweichungen natürlich nicht so ausgeprägt.

Von den Verrenkungen nach der Fußsohle oder nach innen ist bisher nur je ein Fall, und zwar ungenau beschrieben.

Bei der Luxation des Mittelfußes nach außen findet man neben einer Verbreiterung des Fußes an der medialen Seite ein Vorspringen des ersten Keilbeins und vor diesem eine Vertiefung infolge Abweichens des ersten Mittelfußknochens. An der Außenseite ragt die Tuberositas des fünften Metatarsus ungewöhnlich weit vor, und hinter ihr greift man in eine tiefe Einbuchtung. Der Fuß steht meistens in Abduktion. Nicht selten besteht gleichzeitig ein Bruch des zweiten Mittelfußknochens.

Die Symptome der Mischformen (dorso-medial, dorso-lateral, divergierend) sind nicht einheitlicher Natur, die der isolierten in der Regel leicht erkennbar, da bei geringerer Schwellung und Blutung die Vorsprünge und Vertiefungen meist deutlich zu fühlen sind.

Für die Behandlung kommt an erster Stelle die Reposition in Frage. Sie erfolgt in der Weise, daß bei fixierter Fußwurzel am Mittelfuß bzw. an einzelnen Zehen kräftig gezogen und gleichzeitig mit dem Daumen oder Faustrücken auf die vorspringenden Knochenenden gedrückt wird. Kommt man mit Zug und Gegenzug nicht zum Ziele, so hat man fast immer Erfolg, wenn man zuerst die pathologische Stellung noch verstärkt und dann durch einen ruckweise vorgenommenen Übergang in die normale Stellung die luxierten Knochen in ihre Gelenkverbindung zurückhebelt. Da die Mittelfußknochen sehr zur Reluxation neigen, so ist der Fuß in den meisten Fällen durch einen fixierenden oder extendierenden Verband festzustellen.

Die Prognose ist im allgemeinen gut; sogar bei nicht erfolgter Reposition kann der Fuß wieder eine gute Funktionsfähigkeit erhalten. Auf der anderen Seite aber gewährleistet eine erfolgte Reposition nicht immer eine gute Gebrauchstüchtigkeit des Fußes. Sie kann jedoch durch Prothesen oder Plattfußeinlagen zuweilen noch gebessert werden.

Niehues-Berlin.

Der zwanglose Gang, Wanderschritt, und die beim Gehen entstehenden Mittelfußknochenbrüche.

Von Gen.-Ob.-A. a. D. Dr. Kirchner in Göttingen.
(Deutsche mil.-ärztl. Ztschr. 1905, Heft 8.)

Die Arbeit ist noch eine Folge der literarischen Auseinandersetzungen, welche sich an den Vortrag Dr. Thalwitzer auf der Breslauer Naturforscherversammlung von 1904 über den Einfluß des Parademarsches auf das Zustandekommen von Mittelfußbrüchen geknüpft hatten.*) Die vom Generalarzt Dr. Demuth in seiner Erwiderung angezogenen Arbeiten von W. Braune und O. Fischer über den Gang des Menschen werden vom Verfasser seiner Betrachtung zugrunde gelegt und in der ausführlicheren ersten Hälfte nach ihren Fundamentalsätzen wiedergegeben. Im Anschluß und mit Bezug darauf werden die Mittelfußbrüche näher gewürdigt, die auf Märschen mit mehr zwanglosem Gehen vorkommen; Brüche, für die oft eine Entstehungsursache nicht angegeben werden kann. Bei jedem Schritt wird der nach vorwärts gebrachte Fuß ca. 0,26, bei belastetem Körper 0,57 Sekunden lang mit der ganzen Sohle aufgesetzt. Das Aufsetzen beginnt vom äußeren Fußrande. Da aber die Schwerlinie in den medialen Fußabschnitt fällt, so müssen sich jener Bewegung sofort die andern Mittelfußknochen anschließen, bis das Körpergewicht auf dem ersten derselben und der Ferse ruht. Vorübergehend wird auch der 5. Mittelfußknochen stärker mitbelastet. Trifft nun beim Aufsetzen des Fußes eine harte Unebenheit des Bodens die Gegend der mittleren Metatarsalknochen, so kann das Körpergewicht nicht gleich auf den zu seinem Tragen eingerichteten ersten übergeleitet werden. Wenn dann außerdem die starre Stiefelsohle den Fuß hindert, sich der Bodenunebenheit anzupassen, und die ermüdeten Sohlenmuskeln sich auf den Reiz der Unebenheit hin nicht mehr kräftig genug kontrahieren, um die gefährdeten Knochen zu stützen, so kann es zum Bruch derselben kommen. Der 3. und 2. Mittelfußknochen brechen am häufigsten, weil ihre feste Verbindung mit der Fußwurzel ihnen das Ausweichen unmöglich macht; während der 4. und 5. am Os cuboides immerhin etwas Spielraum besitzen. Soweit in kurzem die Theorie des Verfassers, die meines Erachtens die häufige Ursache der Mittelfußbrüche nicht ausschließt, welche durch das harte Aufschlagen des Fußes gegeben wird. Verfasser hält seine Ansicht auch für diejenigen Mittelfußbrüche für ausreichend, welche beim gefechtsmäßigen Vorgehen über Sturzacker etc. vorkommen. Die notorische Seltenheit der Brüche hierbei erklärt er durch die größere Aufmerksamkeit der Leute und die erhöhte Anspannung der Muskulatur. Aus demselben Grunde ist K. der Meinung, daß beim Parademarsch Mittelfußbrüche nicht leicht vorkommen. Die öfter erwähnten Erschütterungen der Knochen bei dieser Übung seien als Ursache von Knochenbrüchen nicht zu fürchten.

Dem trete ich nach meiner Erfahrung nicht bei; kann indes nur auf das verweisen, was ich bei Besprechung der Demuthschen Arbeit in Nr. 7 der Zeitschrift gesagt habe: Daß eine wirkliche Klärung der Angelegenheit nur durch genauere Angaben über die Ätiologie eines jeden Mittelfußbruches gewonnen werden kann — vorausgesetzt, daß Veröffentlichungen darüber die Genehmigung der zuständigen Dienststelle finden. Ktg.

*) Vgl. diese Zeitschrift 1905, Nr. 7, Referate über die Arbeiten Demuths und Blechers.

Innere Medizin.

Prostata und Trauma.

Von Dr. H. Lohnstein, Berlin.
(Allg. Medizin. Zentralzeitung 1905, Nr. 31/32.)

Die Wechselbeziehungen zwischen Trauma und Erkrankung der Prostata werden in den Lehrbüchern über die Erkrankungen der Prostata überhaupt nicht berührt. Verfasser berichtet über einige Fälle von Erkrankungen der Prostata nach Verletzungen von Organen, mit denen diese Drüse mehr oder weniger innige Beziehungen unterhält. Teils trafen die Verletzungen nur die vordere Bauchgegend teils die beiden Darmbeinschaufeln, in einem anderen Fall war eine Quetschung der Dammgegend und des Scrotums vorausgegangen. Forcierte Kontraktion der Dammuskulatur hatte in einem Fall eine eitrige Prostatitis hervorgerufen.

Diesen Fällen, die mehr oder weniger direkt auf den Unfall zurückgeführt werden konnten, stehen gegenüber die Fälle, in welchen sich bei Unfallkranken, deren Unfall mit der Prostata nicht das mindeste zu tun hatte (Thoraxquetschung, Unterschenkelbruch), während des Krankenlagers deutliche Symptome von Prostatismus einstellten. In diesen Fällen handelte es sich meist nicht um Entstehung, sondern Verschlimmerung eines schon bestehenden Leidens durch den Unfall.

Der Symptomenkomplex der Prostatitis nach Trauma bietet keine Besonderheiten; die Prognose ist im allgemeinen gut zu nennen. Die Behandlung ist dieselbe wie sonst, im akuten Stadium wesentlich symptomatisch. Hauptsächlich ist die ungestörte Blasenentleerung zu überwachen. Prostataabszesse sind zu öffnen. Im chronischen Stadium kommen Massage und Spülungen mit Höllenstein (1 : 4000) in Frage.

J. Meyer-Lübeck.

Die traumatischen Erkrankungen der oberen Speisewege und ihre Behandlung.

Von Dr. G. Glücksmann, Berlin.
(Deutsche medizinische Wochenschrift 1905, Nr. 24, S. 947.)

Es empfiehlt sich, bei Verschlucken von Fremdkörpern stets des traumatischen Charakters einer derartigen Erkrankung eingedenk zu sein, mit anderen Worten, der in jedem Falle bestehenden Möglichkeit einer Infektion von der leichten fieberhaften Komplikation bis zur schwersten suppurativen Mediastinitis oder letalen Septikopyämie. Man wird daher bei aller durch den Fall gebotenen Schnelligkeit so zielbewußt wie möglich handeln und sein Instrumentarium so einfach, die Zahl der angewandten Instrumente so klein wie möglich machen

müssen. Notwendig ist dazu eine genaue Kenntnis der Symptomatologie. Bei einer Lokalisation des Fremdkörpers oberhalb der Pharynxkonstriktoren pflegt der Kranke immer die Stelle mit dem Finger im Munde zu bezeichnen, während er sie bei tieferer Lokalisation außen am Halse sucht. Nach genauer Besichtigung des Mundes, Pharynx, Larynx, sowie Digitalexploration des Konstriktorengebietes empfiehlt sich eine Radiographie. Diese bildet einerseits das feinste diagnostische Hilfsmittel für metallische Fremdkörper und gibt andererseits am sichersten Aufschluß über das Vorhandensein aneurismatischer Säcke und anderer schwerer Schädigungen des Zirkulationsapparates, welche eine Kontraindikation gegen jede Bougierung der Speiseröhre bilden. Daran schließt sich dann die Bougierung der Speiseröhre, für welche Verfasser das von ihm erfundene Instrument empfiehlt. Dieses ist nach dem Typus der Knopfsonde gebaut und ermöglicht die palpatorische Ermittlung, die Besichtigung und gleichzeitig die Extraktion des Fremdkörpers, nachdem dieser durch die sich schließenden Branchen der Verschlußkuppe gefaßt, sowie durch die maximale Aufblasung des am Instrumente befindlichen Wasserkissens und dadurch bewirkte Erweiterung der Ösophagushöhle in schonendster Weise aus den ihn umgebenden Schleimhautfalten herausgelöst ist. Auch die Passage des Fremdkörpers durch den organischen und funktionellen Engpaß des Konstriktorengebietes vollzieht sich hinter dem schützenden Wasserkissen leicht und glatt.

J. Meyer, Lübeck.

Zur Kasuistik posttraumatischer Magendarmstenosen.

Von Dr. Neuhaus-Berlin.

(Mon. f. Unf.-Heilk., 1905, Nr. 8.)

Ein 46jähriger Bergmann wird im Mai 1904 von Erdmassen verschüttet. Irgend welche äußere Verletzungen hatte er bei dem Unfall nicht erlitten, auch traten keinerlei objektive Erscheinungen, wie Blutbrechen, Bluthusten, Blutabgang im Stuhl auf, die auf eine Beschädigung innerer Organe, speziell des Magendarmkanals hingewiesen hätten. Seit dem Unfall klagte der Mann über Schmerzen in der Magengegend, später über Sodbrennen, Aufstoßen, Erbrechen. Er magerte stark ab. Im März 1905 suchte er deshalb die Chirurgische Klinik der Charité auf. Die Untersuchung der motorischen und chemischen Verhältnisse des Magens wies auf eine Erweiterung des Magens infolge von Stenose in der Pylorusgegend. Prof. Hildebrand operierte in der Erwartung, ein Karzinom am Pylorus zu finden. Statt dessen zeigten sich ausgedehnte flächenhafte Verwachsungen in der Pylorusgegend. Sie wurden gelöst und zur Vorsicht noch eine Gastroenterostomie ausgeführt. Die Operation führte zur Heilung. Daß das Leiden mit dem Unfall zusammenhing, ist zweifellos. Offenbar war es zu Einrissen in der Serosa gekommen, und das ausgetretene Blut wie die fibrinöse Entzündung der Serosa hatten zur Bildung der derben Verwachsungen geführt.

Lehfeldt.

Die traumatische Psoriasis mit Rücksicht auf die Unfallheilkunde.

Von Dr. H. Teske-Königsberg i. Pr.

(Mon. f. Unf.-Heilk., 1905, Nr. 8.)

Teske führt aus der Literatur eine Anzahl von Fällen an, in denen sich Psoriasis im Anschluß an ein psychisches oder physisches Trauma entwickelte. Die parasitäre Theorie der Psoriasis hat wenig Anhänger, die neuropathische reicht jedenfalls auch nicht für alle Fälle von Psoriasis nach Trauma aus, Nicht ausgeschlossen ist es, daß auch toxische Einflüsse bei Entstehung der Psoriasis in Betracht kommen könnten. Die Frage, ob überhaupt ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Trauma und Psoriasis in bestimmten Fällen zu konstatieren sei, muß nach Teske bejaht werden. Meist ist dabei eine vorher bestandene latente Disposition anzunehmen. Bei der Abschätzung der Erwerbsfähigkeit kommt in Betracht, daß unter Umständen eine körperliche Entstellung die Ursache davon sein kann, daß die Kameraden nicht mit dem Kranken zusammen arbeiten wollen. Bei längerer Dauer der Krankheit müssen auch auftretende psychische Depressionen Berücksichtigung finden. Lehfeldt.

Verwechslung zwischen Neurasthenie, Neuralgie, Tabes dorsalis, Trauma und chronischem Rheumatismus.

Von Kaiserl. Rat Dr. Schreiber, Meran.

(Dtsch. Ärzte-Zeitung, 1905, Heft 21.)

In dem auf der Meraner Naturforscherversammlung gehaltenen Vortrag berichtet Schreiber über mehrere Fälle, in denen eine Verwechslung zwischen chronischem Rheumatismus und einer der vier erstgenannten Krankheiten stattgefunden hatte. Er weist auf die Wichtigkeit eingehender Differential-Diagnose und speziell darauf hin, daß bei chronischem Rheumatismus gewisse Stellen auf Druck besonders empfindlich und bestimmte Bewegungen besonders schmerzhaft seien. Schon manche lange vergebens behandelte angebliche Neurasthenie sei geheilt worden, wenn der in Wirklichkeit bestehende chronische Rheumatismus durch sachgemäße Massage und heilgymnastische Übungen beseitigt wurde. Lehfeldt.

Die Entdeckung eines Seuchenherdes im Brucker Lager.

Von Dr. G. Weil, Stabs- und Chefarzt der Landwehr-Kadettenschule in Wien.

(Der Militärarzt, 1905. Nr. 11 bis 15. Mit Abbildungen.)

Die Epidemie bildet ein interessantes Beispiel für Ruhrinfektion durch ein Trinkwasser, in welchem die chemische und bakteriologische Prüfung damals, 1898, nichts Infektiöses nachweisen ließ. Das Lager erhält das Trinkwasser für die Menschen aus 2 Quellen. Eine im Lager, die sog. Depotquelle gibt wenig, aber gutes Wasser; die Hauptwassermenge entstammt dem Runzenbrunner Quellengebiet außerhalb des Lagers. Das Lazarett ist an die Hauptleitung durch ein Zweigrohr angeschlossen. Das Leitungswasser wurde aber in der Regel nicht benutzt, weil das Spital über einen guten Tiefbrunnen verfügte. Viele Einrichtungen im Lager befanden sich 1898 noch nicht auf der Höhe hygienischer Forderungen; die Infektion wurde also nicht gleich im Trinkwasser gesucht, als Ende August ca. 30 % der im Lager untergebrachten Kadetten an Ruhr erkrankten. Die Untersuchung des Wassers ergab nichts Verdächtiges. Verlegung der Leute in einen bisher unbelegten Teil besserte nichts. Dazu kamen Erkrankungen im Lazarett, als der dortige Brunnen wegen einer Reparatur geschlossen und die Leitung in Gebrauch genommen wurde. Die nun erfolgende genauere Prüfung der Wasserleitung ließ das Rohr als intakt erkennen. Der Verdacht lenkte sich daher auf die Runzenbrunner Quelle. Diese bestand aus einem vollkommen gedeckten und verschlossenen Quellenfange und einer 4 m davon gelegenen Nebenquelle, die nur halb ummauert, von außen zugänglich und den größten Verunreinigungen durch Menschenkot, Pferdemist, Abfälle aller Art ausgesetzt war. Bei Anlage des Lagers 1866 hatten beide Quellen der umwohnenden Bevölkerung zur Verfügung gestanden. Seitdem blieb nur die Nebenquelle diesem Zweck vorbehalten. Da sie nicht ergiebig genug war, mußte nach einem örtlichen Recht ihr Wasserinhalt von der Hauptquelle aus vermehrt werden. Zu diesem Zweck war ein Verbindungsrohr angelegt worden, welches oberhalb des höchsten Wasserspiegels in der Ummauerung der Nebenquelle mündete, so daß eine Rückstauung ausgeschlossen schien. Wie nun gefunden wurde, hatte sich mit der Zeit die Ummauerung der Nebenquelle in dem lockeren

Erdreich soweit gesenkt, daß jene Rohrmündung unter dem Wasserspiegel lag. Stieg nun mit Beginn der Belegungsperiode der Wasserverbrauch im Lager, so wurde der Inhalt der Nebenquelle in die Hauptquelle aspiriert und damit in die Lagerleitung geführt. In dem beregten Sommer hatten zahlreiche Arbeiter die Nebenquelle benutzt, unter denen Ruhr herrschte. — Mit diesen Fesstellungen war der Ursprung der Lagerepidemie und — wie anzunehmen — vieler ihrer Vorgänger erklärt. Die Runzenbrunner Leitung wurde gesperrt; die Ruhrzugänge hörten sofort auf. Weitere Maßnahmen bestanden in einer gründlichen Desinfektion der ganzen Leitung und Neufassung mit Abschluß der Nebenquelle, deren Wasser jetzt durch eine Leitung entnommen wird, die der Verunreinigung unzugänglich bleibt.

Daß 1898 die bakteriologische Prüfung ohne Ergebnis blieb, liegt nach Verfasser daran, daß die Ätiologie der Ruhr noch nicht genügend geklärt war. Übrigens agglutinierte noch 1904 das Blut eines der 1898 im Lager erkrankt Gewesenen den Kruseschen Bazillus; so daß die Diagnose echter Ruhr für die damaligen Erkrankungen außer Zweifel steht. Ktg.

Der Unterleibstyphus in Detmold im Sommer und Herbst 1904.

Von Dr. Volkhausen.

(Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1905, Nr. 17, S. 541.)

Die Typhusepidemie in Detmold im vergangenen Sommer kennzeichnete sich nach Beobachtung ihres Verlaufs deutlich als eine durch Infektion der Wasserleitung verursachte. Im Anfang der Epidemie ist die Erkennung der Ursache naturgemäß eine sehr viel schwierigere. So standen auch die beiden bedeutenden Sachverständigen, die gleich nach Beginn der Epidemie um Rat gefragt wurden (Prof. Emmerich und Geh. Rat Koch) auf diametral entgegengesetztem Standpunkte. Während der erstere nur die Boden bzw. Grundwassertheorie gelten ließ, bezichtigte der andere nur das Trinkwasser. Diese Theorie wurde im Verlaufe der Epidemie bestätigt, indem sich nachweisen ließ, daß die Quelle, aus der die Detmolder mit im übrigen vorzüglichem Trinkwasser gespeist wird, mit der Wildsuhle, einem breiten Tümpel, der ständig Wasser für das Wild enthält, in unterirdischer Verbindung stand, und indem es dem Bakteriologen gelang, aus der Wasserleitung in einem Stollen der Quelle 2 Typhusbazillen zu züchten.

Die Epidemie begann explosionsartig mit 177 Fällen in der ersten Woche; sie dauerte 3 Monate und ergriff 780 Personen, d. i. 6 % der Bevölkerung. Es starben 54 = 7,29 %.

J. Meyer, Lübeck.

Syphilis as related to the Problems of Longevity.

By James Nevins Hyde (Chicago).

(Bulletins de l'Association internationale des Medicins-Experts de Compagnies d'Assurances 1905, Nr. 8, pag. 184.)

Eine Person, die ihr Leben versichern will und Syphilis durchgemacht hat, muß, um als annehmbar bezeichnet zu werden, möglichst folgende Bedingungen erfüllt haben. Der Antragsteller muß deutliche und unverkennbare Zeichen der Krankheit in einer möglichst frühen Periode seines Lebens gezeigt haben. Er muß nach wirksamer Behandlung mehrere Jahre keine syphilitischen Erscheinungen gehabt haben. Er muß außerdem eine gute Familiengeschichte haben, die besonders in der näheren Verwandtschaft keine Fälle von Nervenkrankheiten enthält. Ferner muß er früher und gegenwärtig ein geordnetes Leben geführt haben, frei von Überanstrengungen und Exzessen aller Art einschließlich des Mißbrauches von Alkohol, Tabak und anderer Nervengifte. J. Meyer, Lübeck.

Hygiene.

Einige Vorschläge zur Verbesserung von Desinfektionsvorschriften.

Von Prof. Flügge-Breslau.

Die Kontrolle der Desinfektions-Apparate.

Von Dr. B. Heymann-Breslau.

Die Leistungen der Formaldehyd-Desinfektion.

Von Prof. Reichenbach-Breslau.

Über vereinfachte und improvisierte Formaldehyd-Desinfektion.

Von Dr. Steinitz-Breslau.

Untersuchungen zur Praxis der Desinfektion.

Von Dr. Mosebach-Galkhausen.

Hygienische Händedesinfektion.

Von Dr. Speck-Breslau.

(Zeitschr. f. Hyg. und Inf.-Krankh., Bd. 50, Heft 3.)

Wenn auch die Desinfektion unter den Maßnahmen zur Seuchenbekämpfung nicht die erste Rolle spielt, so ist sie doch ein unentbehrliches Hilfsmittel in diesem Kampfe. Sie ist auch seit der Einführung des Formaldehydverfahrens entschieden leistungsfähiger als früher, aber sie ist doch noch sehr verbesserungsfähig und verbesserungsbedürftig. Flügge hat im Breslauer Hygienischen Institut von seinen Mitarbeitern die in den Überschriften bezeichneten Fragen näher studieren lassen. Er selbst bespricht im ersten Aufsatz die Ergebnisse dieser Untersuchungen und faßt sie schließlich in der Form des Entwurfs für eine neue Desinfektionsordnung zusammen. Natürlich kann hier nicht auf alle Einzelheiten eingegangen, sondern nur ein orientierender Überblick gegeben werden.

Eine wesentliche Fehlerquelle bei dem bisherigen Desinfektionsverfahren liegt darin, daß nicht genügend zwischen der Keimtötung und der bloßen mechanischen Keimbeseitigung unterschieden wird. Soll eine ansteckende Krankheit bekämpft werden, die in Einzelfällen oder in Epidemien nur ausnahmsweise und in begrenzter Zeitdauer auftritt, so ist nur die Tötung der Keime wirksam; bei den Krankheiten, die dauernd in der Bevölkerung herrschen, weil die Keime überall massenhaft vorkommen, handelt es sich bei der Desinfektion oft nur um die Befreiung bestimmter Gegenstände oder Lokalitäten von den Krankheitserregern. Der Arzt, der die Hände zu einer Operation desinfiziert, will nur diese von den Keimen befreien; wohin die Keime selbst kommen, interessiert ihn zunächst nicht. Operiert er aber etwa einen Pestbubo, so ist nur dasjenige Desinfektionsmittel erlaubt, das die Pestbazillen wirklich abtötet.

Von den Mitteln, die zur Desinfektion oft verwandt werden, sind einige durchaus ungeeignet, weil sie nicht keimtötend wirken; wenn auch die mechanische Beseitigung der Keime durch ihre Hilfe leicht gelingt, so sind dann doch im Spülwasser die lebenden Keime enthalten. Hierher gehören die dreiprozentige Kaliseifenlösung, heiße Sodalösung, Abreiben mit Brot. Beim Abwaschen und Abbürsten mit stärker keimtötenden Mitteln, wie Kresol- und Sublimatlösung, wird oft dadurch gefehlt, daß nicht die genügende Zeit auf die Desinfektion verwandt wird, oder daß die mechanische Reinigung (Nagelfalz an den Fingern etc.) nicht gründlich genug vorgenommen wird. Ganz irrig ist die Annahme, daß Lüftung und Besonnung zur Desinfektion von Krankenzimmern ausreichen.

Die bloße Beseitigung der Keime im Gegensatz zu ihrer Abtötung fällt im wesentlichen mit der „Reinigung" zusammen. Nun ist es wohl richtig, daß die Reinlichkeit bei jeder Desinfektion eine sehr bedeutende Rolle spielt, aber sie kann unter

Umständen mehr schaden als nützen. Das ist besonders der Fall bei den Maßnahmen, die während der Krankheitsdauer getroffen werden sollen, um eine Weiterverbreitung zu hindern. Das Aufwischen der Krankenzimmer, ungeeignete Lüftung der Zimmer, Reinigung der Hände von den Keimen, ohne diese zu töten, können die Krankheitserreger unter Umständen weiter verbreiten, statt sie zu vernichten. Als Beispiel dafür, daß auch bei den Maßnahmen, die nach Ablauf der Krankheit getroffen werden sollen, die unzulängliche Bewertung der Reinigung und der Keimtötung Schaden stiften kann, führte Flügge die Berliner Desinfektionsordnung an; manche ihrer Vorschriften, die eine mechanische Reinigung des Zimmers vor der Anwendung der keimtötenden Mittel erstreben, sind geradezu geeignet, die Keime weiter zu verbreiten. Sind aber die Keime so weit verbreitet, daß es doch unmöglich ist sie insgesamt zu vernichten, so wird man sich mit der Reinigung oder je nach den Umständen mit einem kombinierten Verfahren begnügen müssen. Wo aber völlige Keimbeseitigung verlangt wird, da ist die Formalindesinfektion nicht zu umgehen.

Die Herstellung und Anwendungsart der desinfizierenden Mittel entspricht vielfach nicht den Anforderungen, die nach neueren Forschungen zu stellen sind. So ist z. B. das Kresolwasser, das vielfach zur Händedesinfektion verwendet wird, hierzu deshalb weitaus nicht so geeignet, wie die Sublimatlösung, weil es mindestens drei Minuten braucht, um zu wirken. Dagegen sind die Einwürfe, die gegen das Kresol wegen seiner ungleichmäßigen Zusammensetzung erhoben werden, nicht stichhaltig, und es ist z. B. der Karbolsäure durch schnellere Wirkung und durch billigeren Preis überlegen. Beim Formaldehyd werden größere Mengen und längere Einwirkung verlangt, als nach den oben genannten Untersuchungen Reichenbachs erforderlich ist; ein Überschuß von Formaldehyd aber ist von Übel, weil die Desodorisierung dadurch erschwert und die Höhe der Kosten zwecklos gesteigert wird. Für die Kontrolle der Dampfapparate sind nach Heymanns Untersuchungen strengere Maßnahmen als bisher erforderlich, die er im einzelnen präzisiert. Flügge ist im Einverständnis mit Heymann überzeugt, daß bei der bisherigen Art der Dampfdesinfektion die Objekte vielfach tatsächlich nicht keimfrei werden. Aus Mosebachs Untersuchungen sei noch angeführt, daß trockene Hitze von 75—80° bei protrahierter Anwendung (16 bis 24 Stunden) sehr geeignet zur Desinfektion von Büchern ist, für die bisher noch kein schonendes Desinfektionsverfahren bekannt war. Nach Findel können bei einer gewissen Modifikation des Verfahrens auch Ledersachen in dieser Weise einer völlig schonenden Desinfektion unterzogen werden.

Die für die Stadt Breslau in Aussicht genommene Desinfektionsanweisung bespricht im ersten Teil die Maßnahmen während einer übertragbaren Krankheit, während der zweite Abschnitt die Instruktion für die Schlußdesinfektion unter genauer Berücksichtigung der einzelnen infektiösen Erkrankungen enthält. Während für Influenza, Masern und Scharlach die Desinfektion des Krankenzimmers mit Formaldehyd als genügend bezeichnet wird, kommen bei den anderen Erkrankungen zu dieser Maßnahme noch spezielle Vorschriften für die Behandlung der Wäsche, Betten, des Auswurfes usw. Lehfeldt.

Das Straßburger Verfahren der Formalindesinfektion.

Von Dr. H. Kayser, Straßburg i. E.

(Straßb. med. Ztg., 1905, Heft 3.)

Ungefähr zu derselben Zeit, wo Flügge das „Breslauer Verfahren" der Desinfektion mit Formalin ausarbeitete, wurde auch in Straßburg ein solches Verfahren erprobt. Es unterschied sich von dem Flügge'schen dadurch, daß nicht die Trioxymethylenpastillen, sondern das billigere künstliche Formalin verwandt wurde, und zwar nachdem zuvor die Luft des zu desinfizierenden Raumes mit Wasserdampf gesättigt war. Nach siebenjährigen Erfahrungen hat Kayser die Methode im Verein mit Prof. Forster weiter ausgestaltet. Die Hauptpunkte des jetzt geübten Verfahrens sind die folgenden: Nach gleichmäßiger Temperierung des Raumes 1. Herrichtung des Desinfektoranzuges — Mundnasenschwamm. Tuch mit Kresolseifenlösung auf die Türschwelle; 2. Abwaschen des Fußbodens mit Kresolseifenlösung; 3. Beginn der Wasserverdampfung, die Tür bleibt jetzt möglichst eingeklinkt; 4. vorschriftsmäßiges Einpacken und Entfernen des nicht in Formaldehyd zu desinfizierenden Materials (Betten, Kleidungsstücke, Leib- und leinene Wäsche usw.); 5. Abwaschung der grobbeschmutzten Zimmerstellen mit fünfprozentiger Kresoli sapon, Dichtungsarbeiten, Ausbreiten der Geräte und Stoffe ev. auf Stricken, offene Schränke und Kommoden etc. von der Wand rücken, Bilder schräg stellen, Bücher offen stellen usw.; Löschen der Flamme, wenn das Wasser bis zu der am Apparat angebrachten Marke verdunstet ist; 6. Anzünden der Formalinlampe nach der Beendigung dieser Arbeiten. Die Menge des für jeden Raum erforderlichen Formalins ist in einer Tabelle angegeben. Verschließen und Dichten der Tür nach Herausnahme der Wasserlampe. Der Desinfektor läßt seine Überkleider und Werkzeuge im Zimmer zurück, wäscht sich außerhalb Hände und Gesicht mit Sublimat — oder Kresolseifenlösung; 7. nach $8^{1}/_{2}$—10 Stunden rasches Einschieben der beschickten brennenden Ammoniaklampe (die erforderliche Menge von Ammoniak ist wieder in einer Tabelle angegeben) unter Schutz des Gesichts mit Schwamm und Brille, und Verdampfung; 8. nach 1—2 Stunden Öffnen, Lüften, Abtrocknen der Möbel und Metallgegenstände. Lehfeldt.

Untersuchung von pestverdächtigen Ratten aus in Hamburg eingelaufenen Schiffen.

Von Dr. Kister und Dr. Schumacher-Hamburg.

(Zeitschr. f. Hyg. u. Infektionskrankh., Bd. 51, Heft 3.)

In Hamburg werden seit Ende 1899 alle aus verdächtigen Häfen einlaufenden Schiffe genauestens auf tote Ratten untersucht. Bis 1904 wurden im ganzen sechs Schiffe mit 75 Pestratten und einer Pestmaus gefunden. Mit diesen Tieren stellten Kister und Schumacher im staatlichen hygienischen Institut in Hamburg mehrere Versuchsreihen auf, über die sie in der vorliegenden Arbeit berichten. In erster Linie wollten sie ermitteln, ob die Übertragung der Pestkeime nur durch die Rattenkadaver oder auch durch Flöhe, Wanzen usw. oder endlich durch infizierte Waren (die Verfasser benutzten infizierten Mais) zustande komme. Sie fanden, daß Ratten, die von Pestrattenkadavern fraßen, sehr oft, wenn auch durchaus nicht immer, erkrankten; dabei ergab sich eine derartige Abschwächung der Virulenz, daß gewöhnlich schon die dritte Rattengeneration am Leben blieb. Übertragung durch Ungeziefer konnte bei den Versuchen nie, solche durch infizierten Mais trotz vieler Versuche nur einmal unter ganz besonderen Umständen festgestellt werden; es sind also wenigstens für die Verbreitung der Pest unter den Ratten in erster Linie die Kadaver der Pestratten verantwortlich zu machen. — In einer zweiten Versuchsreihe ermittelten die Verfasser, daß bei faulenden Rattenkadavern weder der makroskopische, noch der mikroskopische Befund genügenden Anhalt für Pestverdacht geben. Auch die kulturelle Untersuchung läßt sehr bald im Stich, und somit kann hier nur dann die Diagnose auf Pest gestellt werden, wenn der Tierversuch (Impfung in eine Hauttasche) positiv ausfällt. — Die Abtötung der Ratten auf Schiffen geschieht in Hamburg neuerdings nach dem Verfahren von Nocht und Giemsa, das in der Einleitung eines Gemisches von Kohlenoxyd, Stickstoff und Kohlensäure besteht. Sonst werden noch Arsen, Phosphor, schweflige Säure und Formaldehyd an-

gewandt. Keines dieser Ratten tötenden Mittel verändert die Pestkeime derartig, daß durch ihre Anwendung eine Erschwerung oder Verzögerung der Pestdiagnose herbeigeführt würde. — In Gemeinschaft mit Dr. Trautmann hat Kister endlich noch Versuche darüber angestellt, ob die übliche Art der Desinfektion der Laderäume von pestverseuchten Schiffen mittelst 4prozentiger Kalkmilch sichere Ergebnisse liefere; alle Versuche ergaben dabei, daß sämtliche Pestkeime durch diese Methode vernichtet werden.

Lehfeldt.

Zur Frage der Pestverbreitung durch Insekten. Eine neue Spezies von Rattenfloh.

Von Dr. M. Herzog aus Chicago, z. Zt. in Manila.
(Mit 1 Tafel u. 1 Abb. u. Text.
Zeitschr. f. Hyg. u. Inf-Krkhten., 51. Band, 2. Heft, Sept. 1905.)

Verfasser beleuchtet die in der Literatur gegebenen Mitteilungen über die Beteiligung der Fliegen, Wanzen, Flöhe und Kopfläuse an der Weiterverbreitung der Pest. Er beschreibt eine neue von ihm in Manila bestimmte Gattung von Rattenflöhen, die aber dem Menschen nicht gefährlich wird. Im ganzen kommt H. zu der Ansicht, daß Insekten bei der Verbreitung der Pest wenig in Frage kommen. Trotzdem mag es sich gelegentlich ereignen, daß blutsaugende Insekten die Infektion vermitteln können. Am Schluß wird ausführlich das Sektionsergebnis eines Falles mitgeteilt, in welchem die Übertragung wahrscheinlich durch Kopfläuse erfolgte.

Ktg.

Über den Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser mittelst chemischer Fällungsmethoden, insbesondere durch Fällung mit Eisenoxychlorid.

Von O. Müller-Jena.
(Ztschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 51. Heft 1.)

So wichtig der Nachweis von Typhusbazillen im Trinkwasser ist, so sehr war er früher durch die starke Verdünnung erschwert, die selbst eine stärkere Aussaat von Typhuskeimen im Wasser erfährt. Vallet hat durch eine Kombination von chemischen und mechanischen Fällungsmethoden die im Wasser enthaltenen Keime auf einen kleinen Raum zusammengedrängt. Schüder und Ficker haben sein Verfahren modifiziert, und Müller hat im hygienischen Institut in Jena weitere Verbesserungen erprobt. Er wendet zur Fällung der Keime Eisenoxychlorid an und verarbeitet direkt den Niederschlag, ohne ihn erst, wie das sonst geschah, in Lösung zu bringen. Mit dieser Methode gelang es ihm, auch geringe Mengen von Typhuskeimen im Wasser in kurzer Zeit nachzuweisen. Lehfeldt.

Aus Vereinen und Versammlungen.

Gesellschaft für soziale Medizin.

Sitzung am 9. November 1905.

Vortrag des Herrn Dr. Laquer-Wiesbaden: Nahrungsmittel und Alkoholkonsum im Haushalte des amerikanischen Arbeiters.

Der amerikanische Arbeiter erzielt einen weit höheren Lohn als der deutsche (1920 M. gegenüber 780 M. im Jahre). Seine Ausgaben sind geringer erstens in bezug auf Nahrungsmittel. Infolge der Billigkeit des Bodens sind die Agrarprodukte wohlfeil. Zweitens die Ausgaben für Kleidung sind gering, da für ihn die Manufakturprodukte als Massenartikel hergestellt werden. Daher herrscht im ganzen eine günstige Lebenshaltung des amerikanischen Arbeiters. Der Vortragende ist nun auf Grund einer Reise und unter Vergleich der Arbeiterbudgets beider Länder zu interessanten Ergebnissen bezüglich Nahrungsmittel- und Alkoholkonsum gelangt.

Die Nahrung des amerikanischen Arbeiters ist ausgezeichnet durch geringes Volumen, Eiweißreichtum, Mangel an Zellulose (womit Referent das auffallend starke Angebot von Abführmitteln in den Arbeiterzeitungen in Verbindung bringt) und durch einen hohen Zuckerkonsum. Der deutsche Industriearbeiter befindet sich nach Grotjahn entsprechend dem Vordringen der ländlichen Bevölkerung in die Städte in einem Stadium der Unterernährung, weil er den Übergang zwischen ländlicher und städtischer Ernährungsart noch nicht überwunden hat. Er genießt weit weniger Obst, dafür desto mehr Alkohol als der amerikanische Arbeiter.

In den Arbeiterhaushaltungsbüchern findet sich eine besondere Notiz für „diverse" Ausgaben. Diese betragen in Deutschland 28 %, in Amerika nur 21 %; darin ist der Alkoholverbrauch in beiden Ländern enthalten. Es gibt mehrere Faktoren, die auf die Abstinenz bzw. Temperenz der amerikanischen Arbeiter einwirken. Der sechste Teil der dortigen Gewerkschaften steht auf dem Boden des strengen Alkoholverbotes, das auch in ihren Gewerkschaftshäusern durchgeführt wird. Was die Förderung seitens der Arbeitgeber betrifft, so werden z. B. betrunkene Eisenbahnangestellte sofort entlassen. In 3000 Fabriken ist der Alkoholgenuß in jeder Form ausgeschlossen. Die Verbreitung des Sports, das eigenartige Klima, das Tempo der Arbeit sind ebenfalls günstige Momente. Die Sekte der Methodisten, welche die Abstinenz zum Dogma erhoben haben, ist weit verbreitet. Die Besteuerung der Schankkonzessionen ist meistens sehr hoch, $1/3$ der Reichseinnahmen (in Deutschland $1/16$) ist der Alkoholbesteuerung zu verdanken. Kneipenbesitzer haben dort eine gesellschaftlich sehr niedrig bewertete Stellung.

Was lernen wir aus dem Studium der amerikanischen Verhältnisse in bezug auf Fortschritte in Deutschland? Zunächst müßte auch hier die Sozialpolitik dahin gehen, die Löhne zu erhöhen, die Nahrungsmittel zu verbilligen. Um zu verhindern, daß mit steigendem Lohne der auf den Alkoholkonsum entfallende Anteil noch vermehrt wird, ist die erziehliche und agitatorische Tätigkeit dringend zu fördern. Zwar ist auf die Arbeiterführer nicht zu hoffen, die sozialdemokratische Partei Deutschlands will die Kneipenbesitzer im Gegensatz zu Österreich und der Schweiz nicht entbehren. Aber wenigstens während der Beschäftigung sollten die Arbeiter den Alkoholgenuß verbannen. Die Arbeitgeber müßten mehr derartige Bestrebungen unterstützen. Die Schulen müssen mobil gemacht werden, wenngleich auf diesem Gebiete die amerikanischen Übertreibungen keine Nachahmung verdienen. Selbstverständlich sind auch Wohnungs- und Alkoholfrage eng miteinander verknüpft. Schließlich regt der Referent eine Enquete zur Alkoholfrage seitens der Gesellschaft an.

In der Diskussion sind zunächst die Angaben Körtings interessant. Es haben sich in der nordamerikanischen Armee seit Unterdrückung der Kantinen Geschlechtskrankheiten und Delirium tremens verfünffacht.

Übrigens seien auch die japanischen Soldaten keineswegs abstinent; ihre Heerführer erklären, daß, um den Soldaten im Felde vergnügt zu sehen, ein kleiner Zusatz von leichtem Schnaps zur täglichen Ration erforderlich war.

Grotjahn stimmt mit dem Referenten darin überein, daß zur Ausbreitung und Durchführung der Mäßigkeit das Niveau des Arbeiters gehoben werden müsse, und daß in dieser Hinsicht die amerikanischen Verhältnisse nachahmenswert seien.

In anderer Beziehung aber gäbe das Land ein abschreckendes Beispiel, so in dem außerordentlichen Bevölkerungsrückgang durch Geburtenprävention, die dort vor allem dank der Unsträflichkeit des kriminellen Abortes immer mehr um sich greife.

Neißer äußert schwere Bedenken gegen die amerikanische Statistik und die vom Referenten daraus gefolgerten Schlüsse.

Die beiden Vergleichsobjekte seien an Größe und als Wirtschaftsgebiete ganz unvergleichbar. Die Arbeiter stürzen sich nach dem Schlusse der Fabrik auf die Bars und trinken dort Branntwein mit 40 % Alkoholgehalt (statt 25 % in Deutschland). Die offizielle Abstinenz wird durch reichlichen privaten Alkoholgenuß hinfällig gemacht. Die Krankenhäuser in New York verzeichnen dreimal so viel Todesfälle durch Trunksucht als diejenigen Berlins. Eisenstadt.

Gerichtliche Entscheidungen.

Würdigung von ärztlichen Privatgutachten gegenüber den von gerichtlichen Sachverständigen erstatteten Gutachten.

Urteil des Reichsgerichts (VII. Z.-S.) vom 16. Juni 1905.

Insoweit der Berufungsrichter den von dem Kläger beigebrachten Privatgutachten gegenüber dem des gerichtlichen Sachverständigen eine geringere Bedeutung deshalb beigelegt hat, weil sie auf Erfordern einer Partei erstattet worden sind, kann sein Standpunkt nicht gebilligt werden. Sofern keine Bedenken gegen die Glaubwürdigkeit eines Sachverständigen vorliegen, ist der Wert seines Gutachtens nach dessen Begründung unter Berücksichtigung der besonderen Sachkunde des Gutachters zu beurteilen. Im vorliegenden Falle ergibt sich gegen die auf das Gutachten der gerichtlichen Sachverständigen gestützte Entscheidung des Berufungsrichters ein besonderes Bedenken daraus, daß der vom Berufungsrichter zutreffend hervorgehobene Gesichtspunkt, daß der Begriff der Minderung der Erwerbstätigkeit im Sinne des Vertrages der Parteien ein relativer sei, in dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen keine ausreichende Berücksichtigung gefunden hat. Zutreffend geht der Berufungsrichter davon aus, entscheidend sei die unter Berücksichtigung des Berufes und der früheren Leistungsfähigkeit des Klägers für diesen insbesondere eingetretene Minderung der Erwerbsfähigkeit; er hat aber nicht beachtet, daß das Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen nicht erkennen läßt, daß dieser die besondere Bedeutung, die der unbehinderte Gebrauch der Beine für den Kläger in seiner speziellen Berufstätigkeit hatte, genügend gewürdigt hat. Ein näheres Eingehen auf diesen Gesichtspunkt tritt in dem Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen nicht hervor, während der Sachverständige M. denselben mit Recht in den Vordergrund gerückt hat. Abgesehen von diesem Vorzug verdient das Gutachten des letzteren besondere Bedeutung auch deshalb, weil er Spezialarzt für Orthopädie ist, somit von ihm eine besondere Qualifikation für die hier erforderliche Beurteilung vorausgesetzt werden kann.

Verlust des Mittelfingers ist nicht als Verlust eines wichtigen Körpergliedes im Sinne des § 224 Str. G. B. anzusehen.

Urteil des Reichsgerichts (I. Str.-Sen.) vom 8. September 1904.

Daraus, daß wegen des Verlustes des ganzen Mittelfingers der linken Hand die Faust nicht geschlossen werden kann, folgt noch nicht die Wichtigkeit des Fingers für den Gesamtorganismus, die nur dann anzunehmen ist, wenn alle Einzelorgane mehr oder weniger durch den Verlust des Gliedes beeinträchtigt werden. Daß es nur auf eine solche abstrakte Wichtigkeit ankommt, und von der Bedeutung des Verlustes des Gliedes für das Individuum abzusehen ist, hat das Reichsgericht wiederholt ausgesprochen. Jur. Wochenschr.; 1905, Nr. 8.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Lohsing, Ernst, Dr. jur. Das Geständnis in Strafsachen. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. 3. Band, Heft 1—3. 142 S. Halle, C. Marhold.

Geständnis in Strafsachen ist jede Aussage, die an sich betrachtet einen strafrechtlich relevanten Nachteil des Aussagenden herbeizuführen geeignet ist.

Verfasser bespricht die Rolle, die das Geständnis früher und jetzt im Strafprozeß gespielt hat, und gibt dann eine eingehende und anziehende psychologische Würdigung des Geständnisses als Kriterium seiner Beweiskraft. Das vermutete Geständnis (Flucht oder Selbstmord des Angeschuldigten) oder stillschweigendes Geständnis müssen hinsichtlich ihres Grundes eingehend geprüft werden, ehe sie zu Ungunsten des Angeklagten verwertet werden dürfen. Am eingehendsten beschäftigt Verfasser sich mit dem ausdrücklichen, d. h. expressis verbis abgelegten Geständnis, das logisch (hinsichtlich seiner Übereinstimmung mit den anderen Beweismitteln) und psychologisch nach seinem inneren Werte, auf seine objektive und subjektive Glaubwürdigkeit geprüft werden muß. Die Erforschung des Motivs ist von größter Wichtigkeit, freilich meist nicht minder schwer, zumal fast immer mehrere Motive zusammenwirken. Verfasser untersucht die verschiedenen Möglichkeiten und belegt seine Ausführungen durch praktische Beispiele. Für die Leser dieser Zeitschrift sind natürlich von besonderem Interesse die Erörterungen über die Geständnisse aus psychiatrischen Gründen, sei es, daß die strafbare Handlung selbst oder das Geständnis die Tat eines Kranken ist.

Auch der Widerruf des Geständnisses bedarf der gleichen eingehenden kritischen Prüfung auf seine innere wie äußere Haltbarkeit, sollen Justizirrtümer vermieden werden.

Die eingehende und lesenswerte Arbeit tut überzeugend dar, daß heute im Zeitalter der freien Beweiswürdigung das Geständnis nur mit äußerster Vorsicht verwertet werden kann. „In wichtigen Fällen darf das Geständnis für den Untersuchungsrichter einfach nicht existieren, er hat ebenso genau vorzugehen, als ob der Beschuldigte leugnete", schreibt H. Groß, dem Verfasser die vorliegende Studie gewidmet hat. Schultze.

Schacht, Dr., Paul. Die chirurgische Behandlung der Hämorrhoiden. Königsberg 1904, Graefe & Unzer. II. Aufl.

Verfasser schildert die zur operativen bzw. halboperativen (Injektionsmethode) Entfernung der Hämorrhoiden ersonnenen Methoden in ihrer historischen Entwicklung, ohne den Versuch, den Leser auf Grund eigener Erfahrungen für eine bestimmte dieser Methoden zu gewinnen. Besprechung fanden: Die Dehnung der Mastdarmsphincteren, die intrahämorrhoidalen (Acid carbolic.) und die intrarektalen (Calc. chloric.) Injektionen, die Kauterisation, die Ligatur, die Exzision und die Kombination mehrerer dieser Methoden. G. Glücksmann, Berlin.

Camerer, Dr. med., und **Landauer,** Oberlandesgerichtsrat. Geistesschwäche als Entmündigungsgrund. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, II. Band, Heft 7/8. Halle a. S., C. Marhold. 1905. Mk. 120.

Camerer definiert den Unterschied zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche in der heute wohl allgemein anerkannten Form, bemängelt an der Hand eigener Erfahrungen die Notwendigkeit der Zustellung des Beschlusses im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche und erörtert die bei der Beurteilung der einzelnen Psychosen in Betracht kommenden Gesichtspunkte.

Landauer nimmt einen durchaus anderen Standpunkt ein. Seine Ausführungen wirken aber nicht sehr überzeugend, und ob damit für die Praxis mehr gewonnen wird, möchte Referent

werden, wie Einhüllen der Leichen in Tücher, die mit einer desinfizierenden Flüssigkeit getränkt sind, baldige Einsargung, Schließung und Bestattung des Sargs, Beschränkung des Leichengefolges usw.

Zu § 9.

1. Die zwangsweise Anhaltung zur ärztlichen Behandlung an Körnerkrankheit leidender Personen soll nur in Orten stattfinden, in welchen eine planmäßige Bekämpfung der Krankheit vorgenommen wird. Findet die Behandlung in öffentlichen Sprechstunden statt, so können die Kranken angehalten werden, sich an bestimmten Tagen und zu bestimmten Stunden zur Untersuchung und Behandlung einzufinden.

2. Personen, welche gewerbsmäßig Unzucht treiben, sind anzuhalten, sich an bestimmten Orten und zu bestimmter Zeit zur Untersuchung einzufinden. Wird hierbei Tripper, Schanker oder Syphilis festgestellt, so sind sie zur ärztlichen Behandlung — am zweckmäßigsten in öffentlichen ärztlichen Sprechstunden — anzuhalten. Entziehen die Betreffenden sich dieser Behandlung oder setzen sie den Betrieb gewerbsmäßiger Unzucht weiter fort, so sind sie bis zu ihrer völligen Heilung in ein geeignetes Krankenhaus zu überführen.

Zu § 13 Abs. 2.

Für die Hinzuziehung anderer als beamteter Ärzte zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ist die Entscheidung des Ministers — im Notfalle telegraphisch — einzuholen. In erster Linie sollen kreisärztlich approbierte Ärzte in Vorschlag gebracht werden.

Zu §§ 14 bis 20.

Der Invalidenversicherung unterliegende Personen, welche einer Beobachtung oder Absonderung unterworfen werden, sind für jeden Arbeitstag mit dem dreihundertsten Teile des Jahresarbeitsverdienstes abzüglich des ihnen etwa gesetzlich zustehenden Krankengeldes zu entschädigen. Zur Vernichtung bestimmte infizierte Gegenstände sollen zum Zwecke der Entschädigung des Eigentümers durch zwei Sachverständige abgeschätzt werden. Eine Entschädigung ist ausgeschlossen, wenn die Gegenstände staatliches oder kommunales Eigentum sind oder wenn der Entschädigungsberechtigte sie an sich gebracht hat, obwohl er wissen mußte, daß sie infiziert oder auf polizeiliche Anordnung zu desinfizieren waren.

Zu § 25.

Jede Beteiligung eines beamteten Arztes, die durch Gesetz, Dienstanweisung oder Einzelauftrag ihm übertragen ist, gilt als amtliche Beteiligung. Praktische Ärzte werden nach dem niedrigsten Satze der Gebührenordnung honoriert.

Zu § 27.

Es wird die Erstattung der einer Gemeinde oder einem Gutsbezirk in einem Etatsjahre erwachsenen Kosten im einzelnen festgesetzt.

Zu § 29.

Einrichtungen im Sinne dieses Paragraphen sind besondere Schutzmaßregeln, sei es daß sie dauernd, sei es daß sie nur für die Dauer einer besonderen Krankheitsgefahr getroffen werden, dagegen nicht die der regelmäßigen Krankenpflege oder die der allgemeinen Verbesserung der hygienischen Verhältnisse dienenden Einrichtungen. Da die Einrichtungen im Sinne des § 29 für vereinzelte kleinere Gemeinden unverhältnismäßig hohe Aufwendungen bedingen würden, wird sich die Bildung von Zweckverbänden zu diesem Behufe empfehlen.

Zu § 30.

Die Kommunalaufsichtsbehörden haben dafür zu sorgen, daß die für notwendig erachteten Einrichtungen von den Kommunalverbänden nach Möglichkeit freiwillig beschafft werden. Wird ein Einverständnis mit Kreis oder Gemeinde nicht erzielt, so hat die Aufsichtsbehörde die Anordnung gemäß § 30 auf das Maß des unbedingt Erforderlichen zu beschränken.

Zu § 31.

Wird die Leistungsfähigkeit einer Gemeinde für eine als notwendig anerkannte Einrichtung verneint, so ist vor weiterer Veranlassung jedesmal an den Minister zu berichten.

Zu § 32.

Von der Befugnis zur sofortigen Anordnung einer Einrichtung ist nur dann Gebrauch zu machen, wenn von der Unterlassung eine unmittelbare dringende Gefahr für das öffentliche Wohl zu besorgen ist.

Anlage 1—4 enthalten Schemata für Anzeigen, Listen und Nachweisungen der übertragbaren Krankheiten.

Anlage 5: Desinfektionsanweisung. Als Desinfektionsmittel werden Karbolsäure, Kresolschwefelsäure, Kalk, Chlorkalk, Schmierseife, Sodalösung, Formaldehyd, Wasserdampf, Siedehitze, Feuer, Vergraben, Steinkohlen- oder Holzteer und die Art ihrer Anwendung besprochen.

Ferner werden Vorschriften über die Anwendung der Desinfektionsmittel im einzelnen gegeben hinsichtlich der Ausscheidungen der Kranken, der Krankenzimmer, der Hände und sonstiger Körperteile, die mit infizierten Dingen in Berührung gekommen sind, der Wäsche, Kleidungsstücke, der verschiedenen Gebrauchsgegenstände, endlich der Leichen.

Untersuchungen über den Selbstmord.

Die beunruhigende Tatsache, daß die Zahl der Selbstmorde in der modernen Zeit ständig zunimmt, hat schon oft die Gelehrten beschäftigt. Als Gründe für diese Erscheinung hat man in erster Linie den immer härter werdenden Kampf ums Dasein und im Zusammenhang damit die gesteigerte „Nervosität“ im heutigen Gesellschaftsleben angenommen. Vor allem hat man aus statistischen Feststellungen Erkenntnisse über den Selbstmord als soziale Erscheinung zu gewinnen versucht; und so hat auch der Professor William B. Bailey von der Yale-Universität ein reiches Tatsachenmaterial gesammelt, das sich auf 29 344 Fälle aus den Jahren 1897—1901 gründet. Die auffallendste Tatsache ist zunächst, daß unter 10 000 Selbstmördern 7781 Männer und nur 2219 Frauen sind; das gibt ein Verhältnis von $3^1/_2$: 1. Auch in anderen Ländern ist die Tatsache ganz allgemein beobachtet worden, daß die Männer ganz erheblich stärker an der Selbstmordziffer beteiligt sind als die Frauen. So zählte man in Deutschland in den Jahren 1881—1890 auf hundert männliche Selbstmörder nur 25,3, in England und Wales auf hundert nur 30,7, in Österreich 29,6 weibliche Selbstmörder. Nach Baileys Feststellungen entfallen fast $^2/_3$ der Selbstmorde auf das Alter von 20 bis 50 Jahren, das heißt gerade auf die Jahre, in denen der Mensch im allgemeinen am kräftigsten und widerstandsfähigsten sein dürfte. Unter den Verheirateten ist die Zahl der Selbstmorde größer als unter den Nichtverheirateten, wobei wieder die verheirateten Männer leichter geneigt zu sein scheinen, Selbstmord zu begehen, als verheiratete Frauen. Im Gegensatz dazu sind alleinstehende, verwitwete oder geschiedene Frauen eher geneigt, sich selbst zu töten, als alleinstehende Männer. Der Gelehrte hat auch, so weit dies möglich war, den Gründen, die die Selbstmörder in den Tod trieben, nachgeforscht, und er kommt zu dem Ergebnis, daß die Leute viel eher infolge geschäftlicher Verluste Hand an sich legen, als wenn Krankheit sie befallen hat, oder sie etwa in der Liebe eine Enttäuschung erfahren haben. Merk-

würdig erscheint die Tatsache, daß sich hinsichtlich der Wochentage deutliche Unterschiede in der Zahl der Selbstmorde zeigen. Die zahlreichsten Selbstmorde fallen auf den Montag, während nur wenige Selbstmörder den Sonnabend zur Ausführung ihres verhängnisvollen Entschlusses wählen. (Medizinische Klinik.)

Ist ein Heilverfahren patentfähig?

Rob. Freund-Danzig legt in der Münch. med. Wochenschrift (Nr. 25) Protest gegen die Patentierung von Heilverfahren ein und zwar im Anschluß daran, daß ihm vom Patentinhaber des sog. Vierzellenbades Dr. C. E. Schnee-Karlsbad geradezu gesagt worden ist, daß er ein von ihm schon früher angewandtes und auch in Lehrbüchern geschildertes, der Schneeschen Idee entsprechendes Verfahren als das Patent verletzend nicht anwenden dürfe, welches darin besteht, daß man elektrischen Strom irgendwelcher Art in Wannen leite, in welche die Extremitäten der Patienten hinein tauchten. Mit Recht betont Verfasser, daß eine derartige Monopolisierung von Heilverfahren dem ganzen wissenschaftlichen Sinn unserer Medizin widerspräche. Seelhorst.

Ministerialerlasse.

I. Seuchenbekämpfung.

Erlaß vom 8. September 1905, betreffend wechselseitige Mitteilung von dem Auftreten übertragbarer Krankheiten seitens der Ortspolizeibehörden und des Bezirkskommandos.

Die durch Bekanntmachung des Herrn Reichskanzlers vom 22. Juli 1902 den Ortspolizeibehörden auferlegte Verpflichtung in Garnisonorten von dem Auftreten übertragbarer Krankheiten dem Kommandanten, bzw. dem Garnisonsältesten Mitteilung zu machen, erstreckt sich auch auf Orte mit Bezirkskommandos. Auf Anweisung des Herrn Kriegsministers werden die in Betracht kommenden Bezirkskommandos vorkommendenfalls die gleichen Mitteilungen über Erkrankungen ihres Personals an die Ortspolizeibehörden richten.

— — 11. September 1905, betreffend Belehrung der Bevölkerung über das Wesen etc. der Cholera.

Eine Aufklärung der Bevölkerung erscheint wünschenswert im Interesse der Bekämpfung zu weit gehender Cholerafurcht, wie der Vermeidung von Ansteckung. Es eignet sich zu diesem Zwecke die der „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera vom 28. Januar 1904" als Anlage 2 beigegebene gemeinverständliche Belehrung, die im Ministerium zur Verteilung bereit liegt. Besonders zu begrüßen wären auch belehrende Vorträge von beamteten und geeigneten praktischen Ärzten.

— — 11. September 1905, betreffend die Anordnung bakteriologischer Untersuchungen bei choleraverdächtigen Erkrankungen.

Da es in der letzten Zeit häufig vorgekommen ist, daß auf nur einmalige negativ ausgefallene bakteriologische Untersuchung hin die Schutzmaßregeln aufgehoben worden sind, während bisweilen bei einer zweiten Untersuchung Cholerabakterien doch noch zu finden sind, wird verordnet, daß bei verdächtigen Fällen nur auf Grund zweier durch einen Tag getrennter negativ ausgefallener Untersuchungen der Verdacht als nicht vorhanden bezeichnet werden soll. Es empfiehlt sich dringend, daß bei choleraverdächtigen Erkrankungen auf einem Schiff oder in einer Familie sämtliche Schiffsinsassen resp. Hausgenossen einer bakteriologischen Untersuchung unterzogen werden.

— — 12. September 1905, betreffend die Beobachtung der aus choleraverseuchten Gebieten kommenden Schiffer und Flößer.

Die Regierungspräsidenten der in Frage kommenden Gebiete werden um sofortigen Erlaß einer Polizeiverordnung ersucht, nach welcher Schiffer, die sich innerhalb der letzten 6 Tage vor ihrer Ankunft in Orten aufgehalten haben, in denen Choleraerkrankungen vorgekommen sind, sich unverzüglich nach ihrer Ankunft bei der Ortspolizeibehörde zu melden haben, von der sie einer fünftägigen Beobachtung zu unterwerfen sind.

Erlaß vom 14. September 1905, betreffend die Ausführung der Desinfektion in von der Cholera befallenen oder bedrohten Orten.

Es wird auf die der „Anweisung des Bundesrats zur Bekämpfung der Cholera" vom 28. Januar 1904 als Anlage 8 beigegebene „Desinfektionsanweisung bei Cholera" hingewiesen. Die Bevölkerung soll in geeigneter Weise belehrt, namentlich auf die Zweckmäßigkeit der Verbrennung wertloser Gegenstände, die mit den Kranken in Berührung gekommen sind, hingewiesen werden.

— — 28. September 1905, betreffend die unentgeltliche Verabfolgung von Desinfektionskalk an Schiffer und Flößer.

Mit Rücksicht auf die Geringfügigkeit der Beträge und die Schwierigkeit der Einziehung wird genehmigt, daß die Abgabe des Kalks an die bezeichneten Personen unentgeltlich erfolgt.

— — 29. September 1905, betreffend Versorgung der an choleraverdächtigen Flußläufen tätigen Arbeiter mit einwandfreiem Trinkwasser.

Es wird den in Betracht kommenden Regierungspräsidenten anheimgestellt, Anordnungen zu erlassen, daß die betreffenden Arbeiter mit dem nötigen Vorrat an einwandfreiem Trinkwasser versehen und daraufhin kontrolliert werden.

— — 3. Oktober 1905, betreffend die Rücklieferung der bei den Choleraüberwachungsstellen nicht in Gebrauch genommenen Gegenstände an die Lieferanten.

Es wird ersucht, wenn angängig, mit den Lieferanten eine Rücklieferung der nicht gebrauchten Sachen gegen 10% des Kaufpreises zu vereinbaren.

— — 3. Oktober 1905, betreffend die Desinfektion der aus Rußland nach Preußen kommenden Flöße.

Während in den „Grundsätzen für die gesundheitliche Überwachung des Binnenschiffahrts- und Flößereiverkehrs" genaue Desinfektionsvorschriften für die Desinfektion der Kielräume der Schiffe enthalten sind, finden sich dort keine Vorschriften für die Desinfektion der Flöße. Gerade durch diese kann aber die Cholera sehr leicht eingeschleppt werden. Namentlich der sich zwischen den Stämmen ansammelnde Schlick ist eine Sammelstelle für Krankheitsstoffe. Für die Desinfektion der Flöße empfiehlt es sich nicht, die Stämme auseinander zu nehmen und einzeln zu reinigen, da hierbei Krankheitskeime ins Wasser gelangen können. Vielmehr ist die gesamte Oberfläche mittelst Kalkbrühe oder Chlorkalklösung zu desinfizieren, nachdem die Strohhütten und andere wertlose Gegenstände auf dem Floß verbrannt sind. Zur Reinigung von stagnierendem und verschmutztem Wasser auf den Flößen empfiehlt sich Saprol oder ein Gemisch von Karbolsäure und Petroleum.

— — 4. Oktober 1905, betreffend die Vornahme wiederholter bakteriologischer Untersuchung in choleraverdächtigen Fällen.

Es wird unter Hinweis auf einen Fall, bei dem erst die vierte Untersuchung auf Cholerabakterien ein positives Resultat ergab, erneut die Notwendigkeit wiederholter bakteriologischer Untersuchungen in choleraverdächtigen Fällen betont.

— — 4. Oktober 1905, betreffend die durch die obligatorische Leichenschau im Choleragebiet entstehenden Kosten.

Die Kosten der polizeilich angeordneten Leichenschau sind grundsätzlich demjenigen zur Last zu legen, welchem es obliegt, die Bestattung der Leiche herbeizuführen. Nur soweit die Leichenschau auf Schiffen oder Flößen oder als Folge der Überwachung des Durchgangsverkehrs stattfindet, hat der Staat die Kosten zu übernehmen.

— — 4. Oktober 1905, betreffend Bekanntgabe von Cholerafällen durch die Tagespresse.

Im Hinblick darauf, daß in der Tagespresse häufig Fälle als choleraverdächtig bezeichnet werden, die sich nachher als

harmlose Brechdurchfälle herausstellen, sollen die Ortspolizeibehörden veranlaßt werden, nur solche Fälle als choleraverdächtig zu bezeichnen, bei denen der Verdacht nach dem Gutachten des beamteten Arztes begründet ist.

Erlaß vom 5. Oktober 1905, betreffend die Entnahme von Flußwasser in der Nähe choleraverdächtiger Stellen behufs Untersuchung.

Da nicht nur auf den Flüssen lebende Personen, Schiffer usw., sondern auch Personen, die nur mit dem Flußwasser in Berührung gekommen sind, wie beim Schneiden von Weidenruten, beim Heumähen am Flußufer usw., an Cholera erkrankt sind, so erscheint es unzweifelhaft, daß das Flußwasser selbst virulente Cholerabakterien enthalten kann, möglich ist es vielleicht auch, daß die Cholerabakterien vom Flußwasser ausnahmsweise auf größere Entfernungen mitgeführt werden. Um diese noch ungeklärte Frage näher zu erforschen, sollen Proben choleraverdächtigen Flußwassers sofort unter Beobachtung aller notwendigen Vorsichtsmaßregeln an die nächste Untersuchungsstelle gesandt werden.

— — 7. Oktober 1905, betreffend Herstellung von Trinkwasserentnahmestellen für die Schiffsbevölkerung an den schiffbaren Wasserstraßen.

Die Anlage solcher Trinkwasserentnahmestellen kann nur an solchen Orten Sache des Staates sein, bei denen der Hafen Eigentum des Fiskus ist und nicht vorwiegend dem Ortsverkehr dient. In allen übrigen Fällen werden die an dem Schiffsverkehr interessierten Gemeinden zur Anlage der erforderlichen Einrichtungen anzuhalten sein.

— — 14. Oktober 1905, betreffend Inkrafttreten des Gesetzes vom 28. August d. Js. wegen der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten.

Das Gesetz tritt am 20. Oktober dieses Jahres in Kraft. Landräte und Kreisärzte haben sich unverzüglich mit seinem Inhalt vertraut zu machen. Die Einreichung der Wochennachweisungen über die zur Anzeige gelangten Fälle soll vom 1. Januar 1906 an stattfinden. Es ist ferner die Ausarbeitung von Sonderheften, welche die Vorschriften für die Bekämpfung der einzelnen Krankheiten enthalten, beabsichtigt.

— — 21. Oktober 1905, betreffend die bakteriologische Feststellung der Cholera.

Die Röhrchen mit Peptonlösung sollen nicht nur, wie die „Anleitung für die bakteriologische Feststellung der Cholera" es bestimmt, nach sechs- und nach zwölfstündigem, sondern auch nach 18- bzw. 24stündigem Verweilen im Brutschrank einer Untersuchung unterzogen werden.

— — 24. Oktober 1905, betreffend die Anerkennung der bei der Stromüberwachung im Choleragebiet tätigen Ärzte als beamtete Ärzte.

Auch die praktischen, nicht beamteten Ärzte sind während der Dauer dieser Tätigkeit als beamtete Ärzte anzusehen und erhalten daher, soweit sie verheiratet sind, neben dem Tagegelde von 20 M. eine tägliche Zulage von 4 M.

— — 24. Oktober 1905, betreffend die zu erstattenden Berichte über Erkrankungen und Todesfälle an Cholera.

Mit Rücksicht auf den Rückgang der Krankheit soll von der Einreichung täglicher Übersichten abgesehen werden. Dagegen sind die Wochennachweisungen bis auf weiteres regelmäßig vorzulegen.

II. Prüfungswesen.

— — 18. September 1905, betreffend die Ausstellung der Zeugnisse über die ärztliche Vorprüfung.

Diejenigen Kandidaten der Medizin, welche die ärztliche Vorprüfung nach dem Inkrafttreten der neuen Prüfungsordnung (1. Oktober 1901) abgelegt haben und sich bis zum 1. Oktober 1908 zur ärztlichen Prüfung melden, haben vor der Meldung das Zeugnis über die ärztliche Vorprüfung durch einen Vermerk darüber ergänzen zu lassen, nach welchen Prüfungsvorschriften die Vorprüfung abgelegt ist.

Bekanntmachung. Die an der Großherzoglichen Technischen Hochschule zu Darmstadt abgelegten Diplomprüfungen auf dem Gebiete der Chemie sind als gleichwertig mit der Vorprüfung für Nahrungsmittelchemiker anerkannt.

III. Verkehr mit Nahrungs- und Genußmitteln.

Erlaß vom 20. September 1905, betreffend die Einrichtung einer organisierten Nahrungsmittelkontrolle in den einzelnen Provinzen des Staates.

Eine bestimmte Organisation der Nahrungsmittelkontrolle, wie sie in den Provinzen Schleswig und Brandenburg, sowie in den Regierungsbezirken Lüneburg und Merseburg bereits mit gutem Erfolge eingeführt ist, erscheint durchaus notwendig. Es wird ersucht, sie auch in den anderen Provinzen ins Leben zu rufen. Es ist hierzu in erster Linie erforderlich, daß eine bestimmte Anzahl von Proben jährlich entnommen und, soweit deren Verfälschung oder Verdorbenheit nicht ohne weiteres erkennbar ist, einer Untersuchungsanstalt zur technischen Prüfung übergeben werden. Die Vornahme der Untersuchungen soll tunlichst in den öffentlich anerkannten Untersuchungsanstalten stattfinden. Wo solche Untersuchungsanstalten nicht in hinreichender Anzahl vorhanden sind, empfiehlt es sich, durch Zusammenschluß einer Anzahl benachbarter Städte und Gemeinden die Errichtung einer gemeinsamen öffentlichen Untersuchungsanstalt zu ermöglichen, wie es im Regierungsbezirk Gumbinnen geschehen ist. Es muß dabei darauf Bedacht genommen werden, daß die Zuständigkeitsbezirke ausreichend groß gestaltet werden. Eventuell können die vereinigten Verbände eine derartige Anstalt auch selbst gründen und unter eigene Verwaltung nehmen. Sollten sich wider Erwarten bei der Neueinrichtung eines Untersuchungsamtes Schwierigkeiten herausstellen, soll an der Durchführung einer verschärften Kontrolle durch regelmäßige Probeentnahmen trotzdem festgehalten und ihre Ausführung vorläufig anderweitig geregelt werden.

— — 23. September 1905, betreffend die neue Auflage des „Pilzmerkblattes".

In einer neuen Auflage dieses Blattes ist der Text um die Beschreibung dreier neuer Pilzarten (Grünling, Butterpilz, Kapuzinerpilz) vermehrt. Die Abbildungen von Kaiserling und Pantherpilz sind durch die der wichtigeren Arten — Brätling, Butterpilz und Kapuzinerpilz — ersetzt. Die übrigen Arten haben zum größten Teil eine völlige Umzeichnung erfahren.

IV. Gesundheitswesen.

— — 10. Oktober 1905, betreffend das im Kaiserlichen Gesundheitsamt bearbeitete „Gesundheitsbüchlein".

Es wird auf das Erscheinen einer neuen, elften Auflage dieser Schrift aufmerksam gemacht.

V. Bekämpfung der Kurpfuscherei.

— — 30. September 1905, betreffend das von der Firma J. Jameson & Cie. in Paris hergestellte Haarwuchsmittel Royal Windsor-Eau.

Da dieses Mittel wegen seines Gehaltes an Bleiessig für den Vertrieb unzulässig ist, sind die Behörden für den Fall, daß es in Deutschland eingeführt werden sollte, mit entsprechender Weisung zu versehen.

VI. Fürsorge für Kranke und Gebrechliche.

Den Zweigvereinen des Vaterländischen Frauenvereins in Blankenese, Kreis Usingen, Schwanheim a. M., Kördorf, Bremberg, Gutenacker, Attenhausen und Singhofen ist die Erlaubnis zum Gebrauche des Roten Kreuzes erteilt worden.

VII. Wasserversorgung.

Erlaß vom 6. Oktober 1905, betreffend die Beschaffung der „Mitteilungen aus der Königlichen Prüfungsanstalt für Wasserversorgung" für die Bibliotheken der Königlichen Regierungen.

Es wird anheim gestellt, diese in zwanglosen Heften im Verlage von August Hirschwald erscheinenden Mitteilungen für die Bibliotheken anzuschaffen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum der Verlagsbuchhandlung von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin.

Die „Aerztliche Sachverständigen-Zeitung" erscheint monatlich zweimal. Durch jedes deutsche Postamt wird dieselbe zum Preise von M. 5.— vierteljährlich (M. 4.94 für die Sachverständigen-Zeitung, 6 Pf. für Bestellgeld) frei ins Haus geliefert.

Alle Manuskripte, Mitteilungen und redaktionellen Anfragen beliebe man zu senden an Dr. F. Leppmann, Berlin NW., Wullenweberstr. No. 4/5. Korrekturen, Rezensions-Exemplare, Sonderabdrücke, Inserate und Beilagen an die Verlagsbuchhandlung.

Aerztliche Sachverständigen-Zeitung

Organ für die gesamte Sachverständigentätigkeit des praktischen Arztes
sowie für
praktische Hygiene und Unfall-Heilkunde.

Verlag von Richard Schoetz, Berlin NW., Luisenstraße No. 36.

XI. Jahrgang 1905. | № 24. | Ausgegeben am 15. Dezember.

Inhalt:

(An der Kgl. Universitätspoliklinik für Ohrenkrankheiten zu München.)

Nahezu vollständige traumatische Ablösung des Trommelfells mit Luxation des Hammers, sowie Labyrintherschütterung.

Von
Prof. Dr. Haug.

Der 36jährige Mann war bei Gelegenheit einer ländlichen Festlichkeit bei der Bedienung eines sog. Böllers und stand durch irgendwelche Zufälligkeit hart seitlich neben der Mündung des Rohres, als sein Kamerad den Schuß abzog. Er fiel sofort wankend hin, erhob sich aber nach kurzer Zeit und klagte über intensives Brummen im Ohre mit lebhaftem Schmerz und hochgradige Schwerhörigkeit; auch fühlte er sich noch ziemlich unsicher im Gehen.

Die Schmerzen ließen nach etlichen Stunden nach, die anderen Erscheinungen jedoch blieben vorläufig noch.

Am dritten Tage nach der Verletzung kam er zur Untersuchung.

Diese ergab das linke Ohr als annähernd normal, auch bezüglich der Funktion.

Dagegen rechts:

Im Gehörgange Krusten eingetrockneten Blutes, die ganze Umsäumung des Trommelfells, also der Sehnenring, zum größten Teil ebenfalls bedeckt mit schwarzroten Blutkrusten. Und nun ein eigenartiger Anblick. Wo wir sonst das Trommelfell zu sehen gewöhnt sind, finden wir allenthalben eine gelbliche Knochenwand; es liegt die Layrinthwand der Paukenhöhle frei zutage. Sie ist ohne entzündliche Reaktion und weist lediglich am Promontorium sowie in der Partie gegen das ovale Fenster zu ebenfalls größere Ekchymosen auf; kleinere befinden sich noch viele als punkt- oder streifenförmige an den verschiedensten Stellen. Beim näheren Zusehen finden wir das Trommelfell nahezu vollständig aus seinem Rahmen abgelöst; wir erkennen bloß noch in der oberen Hälfte einen dünnen Lappen, der nach oben zu hinaufgeschlagen ist samt dem nach innen gezogenen Hammergriff. Vorne oben, am Rivinischen Ausschnitt scheint es noch fest zu hängen. Der Hammer ist übrigens nicht bloß nach innen retrahiert, sondern auch ganz aus seiner Lage gebracht, da er ganz auf die Fläche gedreht daliegt, so daß die den hinteren Trommelfellquadranten begrenzende Griffkante nach oben und hinten zu sieht, während der Processus brevis nach vorne und unten zu gedrückt erscheint. Beim Zufühlen mit der Sonde fühlt man den ganzen Griff und weiter oben kann man Hammerhals und Kopf erkennen.

Es handelt sich also hier nicht bloß um die traumatische Ablösung der Membran aus dem Sehnenring, sondern auch um eine ziemlich hochgradige Luxation des Hammers mit partieller Bänderzerreißung.

Die funktionelle Prüfung ergab ein vollständiges Fehlen der Perception für Flüstersprache. Konversation wurde noch 0,5 m vor dem Ohre gehört, weiter nicht.

Bei den Stimmgabelprüfungen schlägt schon beim Weber-Schwabachschen Versuche der Stimmgabelton in das gute Ohr über, beim Rinneschen Versuche ist der Ausfall ein positiver. Es liegt also, zumal die unteren Tongrenzen ausfallen, eine Erschütterung des Labyrinthes außer der Trommelfellverletzung vor. Patient schnäuzt sich ohne Aufforderung — er ist Schnupfer — und es kommt durchaus kein charakteristisches weiches Blasegeräusch, wie dies sonst bei Rupturen der Fall ist, zustande,

sondern ein stark gequetschtes und teilweise pfeifendes. Der Trommelfellappen ist aber durch dieses Manöver besser sichtbar geworden.

Der Verlauf war folgender:

Zunächst wurde versucht durch negative Massageaspiration das Trommelfell so gut als möglich wieder in seine Lage heranzubekommen. Es gelang aber das nur in mangelhafter Weise. Von Luftduschen wurde Abstand genommen, nachdem der vom Patienten freiwillig vorgenommene Valsalvasche Versuch keinen besonderen Effekt gehabt hatte bezüglich der Deposition des Trommelfellappens. Dann wurde versucht, durch direkten Druck auf den kurzen Hammerfortsatz die Dislokation des Hammers zu beheben, und es gelang dies auch nach vieler Mühe, allerdings nicht vollständig, durch Anwendung der Lucaeschen Drucksonde und einfacher mit Watte umwickelter Sonde. Der Hammergriff tritt zu $^2/_3$ seiner früheren Lage nach abwärts und der kurze Fortsatz nach oben. Somit legte sich die obere Partie wieder besser an, aber die ganze untere Hälfte des Trommelfells fehlt, läßt sich wenigstens nicht mehr nach abwärts rollen.

Hierauf wird der Gehörgang gut geschlossen, nachdem ein Gazestreifen bis auf die Membran selbst unter mäßigem Druck vorgeführt worden war. Patient wird angewiesen, das Schnupfen ganz und das Schnäuzen nach Möglichkeit zu unterlassen. Da aber der Situationstampon bald unangenehm empfunden wurde, wurde er am nächsten Tage wieder herausgenommen und lediglich einfache Okklusion mit Watte angewandt.

Es stellte sich im Laufe der nächsten Tage eine minimale seröse Sekretion ein, die aber vom vierten Tage ab wieder verschwand.

Weiter verlief der Heilungsprozeß ungestört, so daß am zwölften Tage die obere Trommelfellhälfte wieder festsaß und die untere sich mit einer deutlichen Narbenmembran überkleidet hatte. Die Blutextravasate hatten sich bedeutend verringert, waren aber natürlich noch immer gut zu erkennen.

Die Funktionsfähigkeit des Ohres hatte sich unterdessen auf ca. 4 Meter für mittlere Konversationssprache gebessert, Flüstersprache blieb nach wie vor unvernehmbar.

Die subjektiven Geräusche haben sich gebessert, jedoch ist ein konstant empfundenes Sieden zurückgeblieben. Die Koordinationsstörungen sind dauernd verschwunden.

Eine weitere Besserung bezüglich der Funktion ließ sich auch später nicht mehr nachweisen und es wird sich auch wohl schwerlich noch eine solche einstellen, wenigstens in bedeutenderem Maßstabe. Das Konversationsverständnis mag sich vielleicht im Laufe der Monate noch bessern, für Flüstern aber kaum.

Auch mögen die Geräusche noch geringer werden.

Jedenfalls aber hat Patient eine dauernde erhebliche Schädigung seines Ohres erlitten.

Epikritische Betrachtungen:

Der Fall ist interessant wegen der Schwere der Art der Verletzung.

Die gewaltige Luftdruckkompression zusammen mit der gleichzeitigen starken Erschütterung führen nicht nur zu einer mechanischen Abreißung eines sehr großen Teils des Trommelfells, sondern auch weiterhin zu einer Dislokation des im Trommelfell festgewachsenen Hammergriffes, so daß derselbe luxiert und sein Band- und Fixationsapparat zum Teile zerrissen und gedehnt wird.

In dieser schon sehr starken Wirkung aber hat sich die Gewalteinwirkung noch nicht erschöpft, sie führt auch weiterhin zur Erschütterung des inneren Ohrs. Wir haben also eine der von vornherein prognostisch nicht günstigen Kombinationsläsionen infolge der Luftdruck- und Schallschwankung. Der Verlauf bestätigt dies auch in vollem Maße.

Es frägt sich nun, welche Umstände haben hauptsächlich den Ausschlag gegeben für diesen Ausgang. Die sehr starke explosionsartige Detonation und Erschütterung konnte vermöge der Stellung des Mannes zur Schallquelle möglichst direkt ins Ohr eindringen.

Dann war das Ohr wohl auch nicht vorbereitet auf diese starke Einwirkung; es fehlte die schützende Anspannung des Trommelfellspanners, die doch einen gewissen Ausgleich anzustellen vermag.

Und weiterhin fällt hier sehr ins Gewicht, daß bei dem Manne, der ein starker Gewohnheitsschnupfer war, der tubare Apparat nicht die genügende normale Durchgängigkeit aufwies. Das erhellt aus der Art des Rupturgeräusches, indem wir hier ein gequetschtes pfeifendes Geräusch bekamen, während es bei normaler Tuba sich als ein weiches hauchendes Blasen repräsentiert.

In solchen Fällen von Tubenverschluß oder tubarer Unwegsamkeit kann aber die Luftdruckwelle viel intensiver einwirken als da, wo durch die offene Tube ein Ausgleich gegen den Rachen zu statthaben kann. Hauptsächlich dieses letzte Moment ist es wohl, das den Hauptkoeffizienten für das Zustandekommen dieser unglücklichen Kombinationsläsion abgab, ohnedies wäre es vielleicht bloß zu einer einfachen Ruptur, eventuell leichteren Labyrintherschütterung gekommen.

Bezüglich der Therapie wäre noch zu bemerken, daß der Versuch einer Redression von der Tube aus nicht angezeigt war, da einmal der Tubengang ziemlich verlegt war und hauptsächlich, weil bei dem Manne als Schnupfer wohl sehr wahrscheinlich infektiöses Material in die Wunde geschleppt worden wäre. Allerdings war es bisher trotz der willkürlichen starken Schnäuzversuche vor der Behandlung noch nicht dazu gekommen.

Eine feste Tamponade verbot sich von selbst wegen der Empfindlichkeit und weiterhin wäre es auch durch den länger dauernden Druck vielleicht zu einer direkten Adhäsionsbildung der jungen Narbenpartien mit der Paukenschleimhaut gekommen, ein Ereignis, das das Hören in noch höherem Maße beeinträchtigt hätte als dies so schon der Fall war.

So mußte es bei der einfachen mechanischen teilweisen Reposition und nachfolgender Okklusion des Gehörganges bleiben.

Die Trichinenepidemie in Augustusburg vor Gericht.

Von

Medizinalrat Dr. Gelbke,

Königl. Bezirks- und Landgerichtsarzt in Chemnitz.

Im Februar und März dieses Jahres ist die Bevölkerung von Augustusburg in Sachsen von einer Trichinenepidemie heimgesucht worden. Ungefähr 40 Personen erkrankten an Trichinose, eine Kranke ist gestorben. Der Schuldige wurde ermittelt und strafrechtlich zur Verantwortung gezogen. Wider Erwarten gutachteten die dortigen Veterinärbeamten und Professor Dr. Johne in Dresden zugunsten des Inkulpaten, und es dürfte nicht nur von wissenschaftlichem Interesse, sondern auch von Standesinteresse sein, die gerichtlichen und gerichtsärztlichen Feststellungen der Voruntersuchung, den Verlauf und das Resultat der Hauptverhandlung mit ihrem Nachspiel bekannt zu geben.

Von Professor Dr. Johne ist diese Strafsache in der Zeitschrift für Tiermedizin besprochen worden. Seine Mitteilungen sind in mehrfacher Beziehung richtig zu stellen.

Nach Ausweis der Akten des Königlichen Landgerichts Chemnitz in der Strafsache gegen den Fleischermeister F. P. Lötzsch in Augustusburg, Sachsen, Bezirk Flöha — 2 A 73/05 —, deren Inhalt mir für mein gerichtsärztliches Gutachten und diesen Bericht als Grundlage gedient hat, zeigte Bezirksarzt Dr. Rechholtz in Frankenberg am 28. Februar 1905 der

Königlichen Staatsanwaltschaft Chemnitz an, daß in Augustusburg seit ca. 8 Tagen eine größere Anzahl von Personen unter trichinoseverdächtigen Symptomen erkrankt und am 28. Februar 1905 die 15 Jahre alte Elsa X., Dienstmädchen des Fleischers Lötzsch, der Krankheit erlegen sei.

Auf Antrag der Königlichen Staatsanwaltschaft wurde am 2. März 1905 vom Gerichtsassistenzarzt Dr. Hauffe und mir die Leiche der X. geöffnet. Das Sektionsergebnis, im Auszuge mitgeteilt, lautet:

A. Äußere Besichtigung.

1. Leiche 1,54 m lang, regelmäßig gebildet, kräftig gebaut. Fettpolster und Muskulatur gut entwickelt.

2. Haut blaßgelblich, in Nacken-, Schulter- und Rückengegend Totenflecke.

3. Beim Wenden der Leiche Ausfluß blutig gefärbter Flüssigkeit aus beiden Nasenlöchern.

7. Gesicht gedunsen, Wangen gerötet. Augen geschlossen, Gefäße der Lidbindehäute leer, Augäpfel weich, Hornhäute getrübt, Regenbogenhäute braun, Pupillen gleich weit.

9. Lippen blaurot, Zähne aufeinander gebissen.

10. Ohrmuscheln blaurot.

12. Brust gut gewölbt, Hautödem.

13. Bauch aufgetrieben, Hautödem.

17. An den Extremitäten Hautödem.

B. Innere Besichtigung.

I. Kopfhöhle.

(Ohne Besonderheiten.)

II. Brust- und Bauchhöhle.

28. Fettpolster der Haut reichlich entwickelt. Muskulatur rotbräunlich.

29. Magen und Querdarm ausgedehnt. In der Bauchhöhle ca. 100 ccm rötlich gefärbter, klarer Flüssigkeit.

a. Brusthöhle.

31. Im linken Brustfellsacke ca. 200 ccm dunkelroter Flüssigkeit, im rechten Brustfellsacke ca. 100 ccm dunkelroter Flüssigkeit. Lungen zusammengefallen. Brustfelle glatt, ohne Verwachsungen.

32. Mittelfellraum mäßige Gefäßfüllung. Innere Brustdrüse blaurot.

33. Herzbeutel blaßgelb, mäßige Gefäßfüllung. Im Innern des Herzbeutels ca. 20 ccm dunkelrote Flüssigkeit.

34. Herz faustgroß. Kranzgefäße mäßig gefüllt. Herzfleisch rotbraun, fest.

35. Rechter und linker Vorhof enthalten je 20 ccm halbgeronnenes Blut. Rechte Herzkammer leer. Vorhofskammerklappen durchgängig.

36. Arterielle Mündungen des Herzens schlußfähig. Vorhofskammermündungen und arterielle Mündungen ohne Veränderungen.

37. Große Brustgefäße mäßig bluthaltig.

38. Lungen nicht verwachsen. Rechte Lunge und linker oberer Lungenlappen lufthaltig. Linker unterer Lungenlappen fest, dunkelrot, luftleer.

39. Schnittflächen der rechten Lunge und des linken oberen Lungenlappens dunkelrot, entleeren schaumiges Blut. Schnittflächen des linken unteren Lungenlappens dunkelrot, fest, entleeren dunkles, schmieriges Blut, Lungenstückchen sinken im Wasser unter.

40. Luftröhre und ihre Verzweigungen enthalten rote, schaumige Flüssigkeit. Reichliche Gefäßfüllung.

41. Absteigende Brustschlagader und untere Hohlvene mäßig bluthaltig.

42. Halsgefäße enthalten wenig Blut.

43. Kehlkopf und Luftröhre leer, Schleimhaut blaurot.

44. Zunge, Gaumensegel, Mandeln blaurot, ohne Belag.

45. Schlund und Speiseröhre leer. Schleimhaut vom Kehlkopfeingange bis zum Mageneingange mit Soor bedeckt.

46. Knochengerüst des Halses und der Brust unverletzt.

b. Bauchhöhle.

47. Netz reichlich fett, Gefäße leer.

48. Milz 13 cm lang, $8^1/_2$ cm breit, 3 cm dick, blaurot, glatt, weich. Schnittflächen braunrot, Follikel sichtbar, von der Schnittfläche läßt sich brauner, schmieriger Brei abstreichen. Haselnußgroße Nebenmilz.

49. Linke Niere 14 cm lang, 5 cm breit, 3 cm dick. Kapsel löst sich leicht ab. Schnittflächen blaurot, Blutadern der Rindensubstanz mäßig gefüllt. Linke Nebenniere braunrot.

50. Rechte Niere und rechte Nebenniere von gleicher Beschaffenheit wie links.

51. Harnblase leer, Schleimhaut blaßrötlich.

52. Gebärmutter klein, fest, leer. Im rechten Eierstock pflaumengroße Cyste mit gelbbräunlichem flüssigen Inhalt.

53. Magen mäßig ausgedehnt, blaß, enthält 60 ccm gelben dicken Speisebrei. Schleimhaut grau, schmierig, im Magengrunde mißfarbig. Mäßige Gefäßfüllung.

54. Zwölffingerdarm enthält gelbe dicke Flüssigkeit von geringer Menge. Schleimhaut blaßgrau, gelockert.

55. Leber 23 cm breit, 22 cm hoch, 7,5 cm dick, blaß, fest, verfettet, Läppchenzeichnung verwaschen, Gefäße enthalten wenig dunkles, flüssiges Blut. Von den Schnittflächen läßt sich gelbbrauner, schmieriger Brei abstreichen. Gallenblase mit dunkelbrauner Galle gefüllt.

56. Bauchspeicheldrüse rotgrau, fest, wenig bluthaltig.

57. Gekröse reichlich fett, Lymphdrüsen vergrößert, graurötlich, fest.

58. Oberfläche des Dünndarms glatt, glänzend. Gelbbrauner, schmieriger, kotiger Inhalt. Schleimhaut blaßgrau, gelockert. Zotten, Peyersche Drüsen und Solitärfollikel nicht verändert.

59. Dickdarm blaß, glatt; brauner, dicker Kotinhalt. Schleimhaut blaßgrau, aufgelockert.

60. Mastdarm enthält braunen Kot. Schleimhaut blaßgelblich.

61. Bauchschlagader leer. Untere Hohlvene enthält dunkles, flüssiges Blut.

62. Knochengerüst der Bauchhöhle zeigt nichts Regelwidriges.

Der Leiche wurden Stücke der Zungen-, Kehlkopf-, Schlund-, Zwischenrippenmuskeln, des Zwerchfells, des rechten zweiköpfigen Oberarmmuskels, des Magens und Mageninhalt, des Dünndarms und Inhalt entnommen und in besonderen Gefäßen zwecks weiterer Untersuchung aufbewahrt.

Unter Zustimmung der Vertreter des Königlichen Amtsgerichts Augustusburg und der Königlichen Staatsanwaltschaft Chemnitz erhielt Bezirksarzt Dr. Rechholtz für sich Muskelstückchen zur Untersuchung ausgehändigt.

Die mikroskopische Untersuchung der erstgenannten Leichenteile haben Dr. Hauffe und ich teils gemeinschaftlich, teils getrennt von einander vorgenommen. Außerdem hat Herr Professor Dr. Nauwerck, Direktor des pathologisch-hygienischen Instituts der Stadt Chemnitz, die Liebenswürdigkeit gehabt, mir eine Serie in Alkohol gehärteter Schnittpräparate anzufertigen, letztere befinden sich noch in meinem Besitz.

Das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung war folgendes:

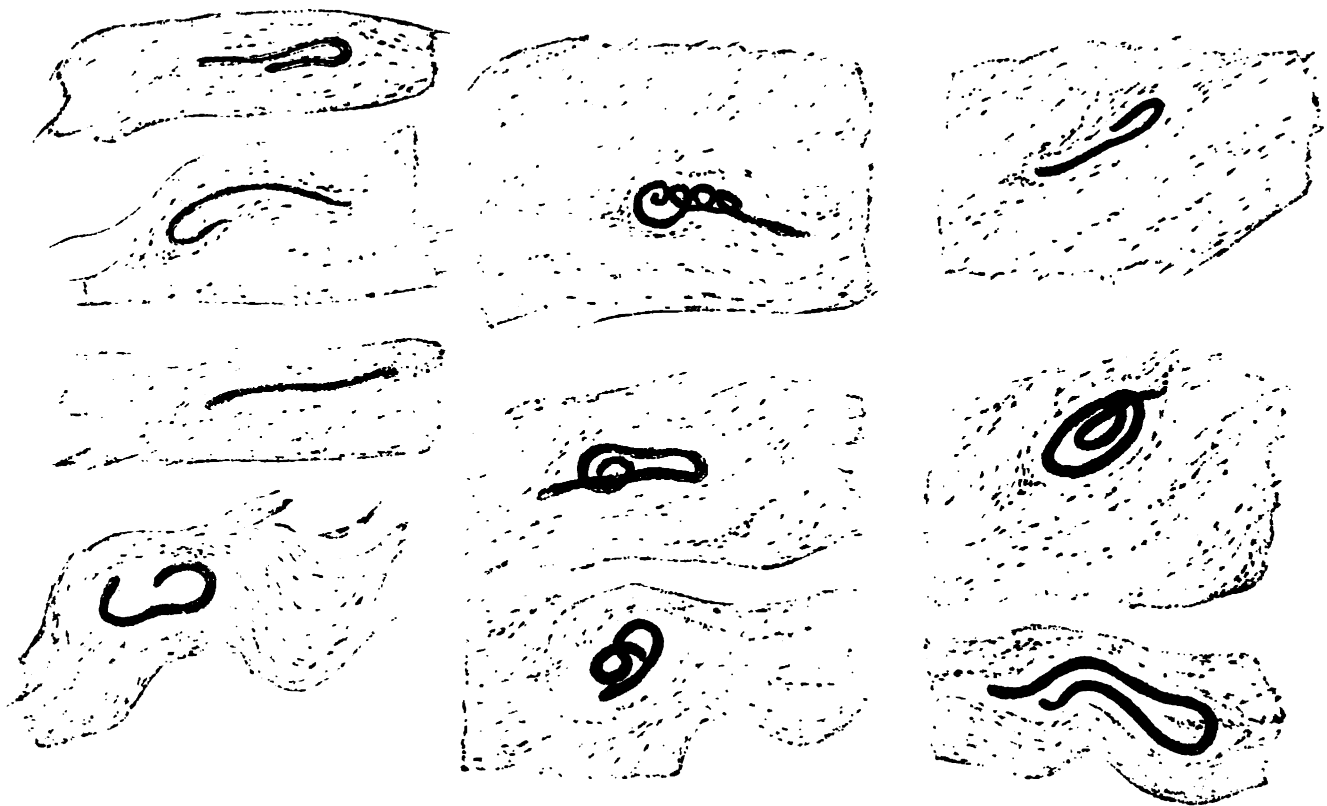
In sämtlichen Muskelstücken wurden Trichinen in sehr großer Zahl vorgefunden. Am meisten zeigten sich die Muskelpräparate des Zwerchfells von Trichinen durchsetzt. Im Magen und Darm sind Trichinen nicht nachgewiesen worden. Die Muskelschnitte lassen eine ausgedehnte akute diffuse Myositis erkennen. Die Vermehrung der Muskelkerne ist eine allgemeine, die interstitielle Reaktion eine herdweise. Die entzündlichen Herde haben sich nicht ausschließlich um trichinisierte Muskelfasern gebildet, sondern sind auch an Stellen aufzufinden, die keine Trichinen enthalten. Die Muskelfibrillen, in welchen sich die Trichinen befinden, sind erweitert, die Querstreifung der Muskelfasern ist zum Teil deutlich sichtbar, zum Teil untergegangen. Die Trichinen sind teils gestreckt, teils gekrümmt, Schlingen bildend, teils in Aufrollung begriffen, teils aufgerollt.

Die Trichinenlager sind nach den Seiten hin offen. Die Kapselbildung hat noch nicht begonnen.*) Die Schnittpräparate bieten das Bild wandernder Trichinen, wie es in Flügges Hygiene, 5. Auflage, 1902, Blatt 298, Fig. 82, dargestellt worden ist. An frischen Präparaten konnten aus der Muskelsubstanz Trichinen ausgepreßt und ihre Bewegungen beobachtet werden.

Die nachstehenden Handzeichnungen wandernder Trichinen sind Bilder meiner Schnittpräparate.

Auf Grund dieses Befundes gaben wir beiden Gerichtsärzte unser definitives Gutachten über die Todesursache der Dienstmagd X. dahin ab, daß der Tod derselben durch Trichinenvergiftung erfolgt sei.

Als Infektionsquelle erschien die Schlächterei Lötzschs verdächtig. Am 2. März 1905 wurde das Schlachtsteuerquittungsbuch Lötzschs und das Schaubuch des Trichinenbeschauers S. in Augustusburg herbeigezogen und von der Königlichen Staatsanwaltschaft festgestellt, daß Lötzsch am 7. und 16. Februar



1905 je ein Schwein versteuert, aber nicht auf Trichinen hatte untersuchen lassen und daß diese Schweine in Lötzschs Schlächterei geschlachtet, verarbeitet und die daraus gewonnenen Fleischwaren in den Verkehr gebracht worden waren.

Die Zeugin Marie X., Schwester der verstorbenen X., berichtete bei ihrer Vernehmung am 7. März 1905, ihre Schwester Elsa sei am 10. Februar 1905 nach Hause gekommen und habe erzählt, daß sie wenige Tage vorher beim Durchdrehen von Schweinefleisch durch die Maschine davon gegessen hätte und daß es ihr sofort schlecht geworden sei (Bl. 27). Dr. Rolfs, Augustusburg, nahm am 9. Februar 1905 das Dienstmädchen X. in Behandlung. Er hielt ihre Erkrankung zunächst für einen Darmkatarrh oder eine schwere Influenza und stellte auch später fest, daß die X. an Lungenentzündung litt (Bl. 12). Die verehelichte Lötzsch beleumundete ihr Dienstmädchen schlecht, weil sie sich trotz ihrer Jugend gern und lange mit Burschen draußen herumtrieb (Bl. 11). Bereits am 5. Februar 1905 soll die X. über Unwohlsein und Leibweh geklagt haben. Sie arbeitete aber weiter, wusch am 6. Februar 1905 Wäsche und lief abends, wiewohl „Hundewetter" war und es taute, zwei Stunden lang im Schneeschlicker umher. Am 8. Februar 1905 blieb sie angeblich im Bett liegen und am 10. Februar 1905 ist sie ihrer Großmutter zugeführt worden, in deren Pflege sie bis zu ihrem Tode verblieb. Nach den Mitteilungen der Lötzsch scheint die X. schon vor dem 7. Februar 1905 unwohl gewesen zu sein, die Angaben der Lötzsch müssen aber mit Vorsicht aufgenommen werden, da dieselben, wie der weitere Verlauf der Untersuchung zeigte, nicht zuverlässig sind. Die Lötzsch bekannte am 2. März 1905 selbst, daß sie infolge dieser Vorkommnisse sehr abgespannt, fassungslos sei und nicht wisse, ob sie die Wahrheit gesagt habe (Bl. 11).

Außer der X. wurden zunächst 24 Personen als der Trichinose verdächtig ermittelt. Ich teile deren Krankengeschichten, soweit sie durch die Voruntersuchung bekannt geworden sind, in Kürze mit.

1. Fleischer Lötzsch, F. P., 45 Jahre alt, stürzte Anfang Februar 1905 in seinem Hause die Treppe hinab, verletzte sich das Rückgrat, stellte die Arbeit ein, lag meist auf dem Sofa, ging ab und zu, überließ aber das Geschäft seinem Lehrling A. (Bl. 13b). Am 8. Februar 1905 erkrankte Lötzsch unter den Erscheinungen der Influenza und konsultierte Dr. Rolfs, er fühlte sich matt und schwach, hatte aber weder geschwollene Augen noch Muskelschmerzen (Bl. 26). Dr. Rolfs gibt an, daß die Körpertemperatur Lötzschs anfangs niedrig war, erst am vierten oder fünften Tage über 40° C stieg und eine Woche lang in dieser Höhe sich bewegte. Später klagte Lötzsch über Muskelschmerzen und Dr. Rolfs schloß auf Trichinose, weil diese am 2. März 1905 an dem Lehrling A. und dem Dienstmädchen X. nachgewiesen wurde. Lötzsch bestreitet, daß er Dr. Rolfs gegenüber über Muskelschmerzen geklagt hätte. „Ich habe nie etwas darüber gesagt." (Bl. 26b.) Lötzsch war

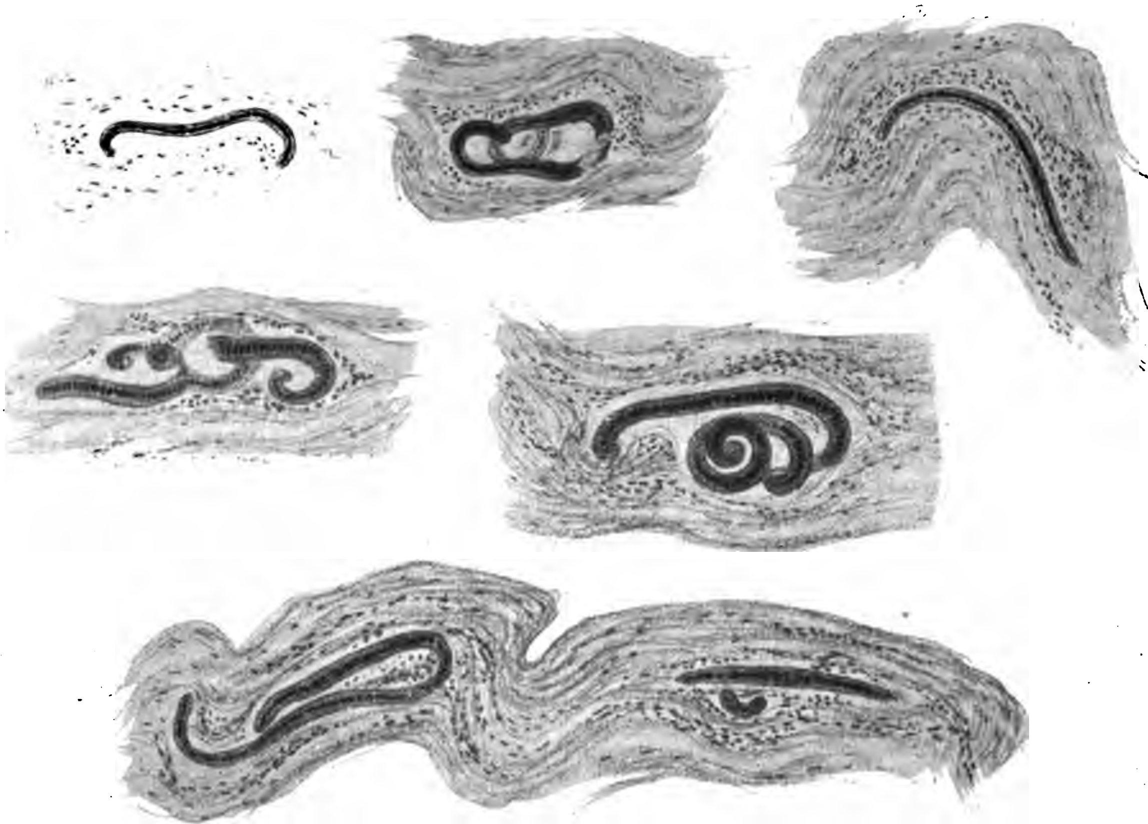
*) Ehrhardt. Zur Kenntnis der Muskelveränderungen bei der Trichinose des Menschen. Ziegler, Beiträge zur patholog. Anat. XX. Bd. 1896.

schwer krank, er war in Lebensgefahr, weil er nach dem Ausspruche des Dr. Rolfs ein Trinkerherz hatte. Fleischer S. und Trichinenschauer S., beide Halbbrüder Lötzschs, bezeichneten den Kranken als Trinker (Bl. 9b), der sein Geschäft vernachlässigte und unter seinen Brüdern immer das Schmerzenskind war. Im Widerspruch zu diesen Feststellungen sagte die verehelichte Lötzsch aus, daß ihr Mann am 2. Februar 1905 auf der Straße gestürzt sei und seitdem über Schmerzen in den Gliedern geklagt habe. Am 8. Februar 1905 verschlimmerte sich sein Zustand, er klagte über Mattigkeit und Kopfschmerzen. Die verehelichte Lötzsch glaubte nicht, daß die Krankheit ihres Mannes eine Folge des Genusses trichinenhaltigen Fleisches gewesen sei, da ihr Mann während seines Krankseins nur von Schleimsuppen, Milch und Kakao lebte. Sie verbessert sich alsdann, es sei nicht ausgeschlossen, daß er auch etwas Schweinefleisch gegessen habe. Ihr Mann sei kein Trinker, er sei auch im Geschäft ordentlich (Bl. 11). Am 13. März 1905 wurde Lötzsch in die Königliche Gefangenanstalt Chemnitz eingeliefert, er klagte über allgemeine Schwäche, war ambulant und fieberte. Die Körpertemperatur betrug 38,4° C. Am 16. März 1905 fiel die Temperatur bis 37,2° C, ohne sich wieder zu erheben.

5. Schulknabe D., 14 Jahre alt, Neffe Lötzschs, ist ungefähr am 21. Februar 1905 an allgemeiner Schwäche, Fieber, Kopf- und Knieschmerzen, dickem Gesicht erkrankt, vom 22. Februar 1905 an in der ärztlichen Behandlung des Dr. Rolfs und ca. 14 Tage lang bettlägerig gewesen. (Bl. 29.) Beide Brüder haben Fleisch, Wurst und Aufschnitt von Lötzsch gekauft.

6. Verehelichte E., 31 Jahre alt, hat vor dem 14. Februar 1905 Fleisch von Lötzsch gekauft und gegessen und erkrankte am 23. Februar 1905 an dicken Augen, dickem Gesicht, Kopf- und Rückenschmerzen, Schwindel, Fieber, Muskelschmerzen in den Oberarmen und Oberschenkeln. Dieselbe ist nicht bettlägerig gewesen. (Bl. 29b.)

7. Verehelichte F., 28 Jahre alt, kaufte angeblich am 11. Februar 1905 gewiegtes Schweinefleisch von Lötzsch und aß ein bißchen davon roh. Etwa am 16. Februar 1905 (?) stellten sich bei ihr Augenschwellung, Benommenheit des Kopfes, Kopfschmerzen, Schwellung des ganzen Gesichts, Mattigkeit und Gliederschmerzen ein, so daß sie sich ins Bett legen mußte. Am 1. März 1905 trat Besserung ein. (Bl. 24.)



2. Fleischerlehrling A., 17 Jahre alt, im Dienste Lötzschs, klagte am 20. Februar 1905 über große Mattigkeit. „Es tue ihm alles weh, er konnte nicht über seine Beine hinwegsteigen, hatte ein dickes Gesicht und mußte sich nach 2 Tagen legen.“ (Bl. 11b). Am 23. Februar 1905 wurde Dr. Rolfs zu Rate gezogen und am 2. März 1905 durch Exzision eines Muskelstückchens aus dem Oberarm die Trichinose sichergestellt.

3. Fleischergehilfe B., 26 Jahre alt, Neffe Lötzschs, erkrankte ungefähr am 20. Februar 1905 mit Unwohlsein, Fieber, Schwellung des Gesichts, insbesondere der Augenlider, Mattigkeit, war bettlägerig und zog am 23. Februar 1905 Dr. Rolfs zu Hilfe. Am 2. März 1905 verließ er das Bett. B. wohnte im Hause Lötzschs und hat von letzterem alle Sorten Fleisch und Wurst bezogen und gegessen. (Bl. 27).

4. Fleischergehilfe C., 19 Jahre alt, Neffe Lötzschs, bemerkte am 19. Februar 1905 als erste Krankheitserscheinungen Frost, Fieber, Mattigkeit, Kopfweh, Gelenkschmerzen, besonders in den Knien. Er war vom 20. Februar 1905 bis 4. März 1905 bettlägerig und trat am 22. Februar 1905 in die ärztliche Behandlung des Dr. Rolfs. (Bl. 29.)

8. Witwe G., 50 Jahre alt, kaufte Fleisch, Wurst, Aufschnitt nur von Lötzsch. Am 20. Februar 1905 erkrankte sie an geschwollenen Augen, Schulter- und Gliederschmerzen, Fieber und wurde bettlägerig. (Bl. 23).

9. Schülerin G., 14 Jahre alt, Tochter der F., zeigte kurze Zeit nach Erkrankung ihrer Mutter dieselben Symptome und war zwei Tage bettlägerig (Bl. 23b).

10. Kassierer H., 43 Jahre alt, Untermieter der F., beteiligte sich an deren Mittagstisch, während er das Abendbrot sich gewöhnlich von Lötzsch selbst besorgte. Am 1. März 1905 litt er an Blutandrang nach dem Kopfe und Hitze, am 2. März schwollen die Augen an und trat Fieber ein, am 5. März wurde er von Gliederschmerzen und großer Mattigkeit befallen. Am 2. März konsultierte er Dr. Rolfs, am 5. März stellte er die Arbeit ein (Bl. 24).

11. Die ledige I., 21 Jahre alt, Kundin Lötzschs, litt am 20. Februar 1905 an Schwellung der Augenlider, etwa drei Tage später an Fieber, Schmerzen in den Schultergelenken, Oberarmen, Beinen, geschwollenen Füßen. Am 3. März trat Besserung ein (Bl. 22b).

12. Briefträger K., 39 Jahre alt, hatte sich wiederholt von Lötzsch zum Frühstück Bratwurst gekauft und gegessen, klagte am 20. Februar 1905 über große Mattigkeit, heftige Kopfschmerzen und Genickschmerzen, wurde dienstunfähig und am 28. Februar bettlägerig. An demselben Tage trat er in Behandlung des Dr. Rolfs (Bl. 28b).

13. Dienstmädchen L., 20 Jahre alt, erkrankte am 19. Februar 1905 an Schwellung der Augenlider, am 22. Februar an Kopfschmerzen, Muskelschmerzen der Oberarme und Beine, Mattigkeit, Fieber, wurde arbeitsunfähig und begab sich am 23. Februar in die Behandlung des Dr. Stecher (Bl. 28).

14. Dienstmädchen M., 18 Jahre alt, hatte am 20. oder 21. Februar 1905 früh geschwollene Augen. Einige Tage später stellten sich Fieber, Muskelschmerzen in den Armen und Beinen ein, so daß sie bettlägerig wurde. Am 23. oder 24. Februar zog sie Dr. Rolfs zu Rate. Die M. hatte etwa am 14. Februar (?) von Lötzsch gehacktes Schweinefleisch geholt und davon in rohem Zustande gekostet. Ihre Herrschaft hat das Schweinefleisch, nachdem es gebraten war, gegessen und ist gesund geblieben (Bl. 22).

15. Die ledige N., 17 Jahre alt, Kundin Lötzschs, bemerkte am 21. Februar 1905 als erste Krankheitserscheinungen die Anschwellung des Gesichts und der Augenlider. Einige Tage später stellten sich Muskelschmerzen im Oberarm und Fieber, am 25. Februar Schmerzen im Genick und Hinterkopf ein. Am 25. Februar schickte sie zu Dr. Rolfs, am 28. Februar ließen die Beschwerden nach (Bl. 22).

16. Schüler O., 8 Jahre alt, klagte etwa am 18. Februar 1905 über Leibschmerzen. Später stellten sich Fieber, Schwellung der Augenlider, Kopfschmerzen ein. Das Fieber ließ ungefähr am 25. Februar nach. Etwa am 27. Februar konnte er die Schule wieder besuchen. Die Schwellung der Augenlider verlor sich erst am 5. März. Die Familie O. hatte Wurst und Aufschnitt von Lötzsch bezogen (Bl. 21).

17. Fädlerin P., 18 Jahre alt, hatte am 20. Februar 1905 von Lötzsch Bratwurst gekauft und gegessen und erkrankte am 27. Februar an geschwollenen Augen, kurz darauf an Gliederschmerzen, allgemeiner Mattigkeit und mußte vom 1. März an das Bett hüten. Am 28. Februar wurde Dr. Stecher zugezogen (Bl. 25).

18. Ladenmädchen Q., 22 Jahre alt, besorgte sich zum Abendbrot von Lötzsch Aufschnitt und Wurst und erkrankte am 24. Februar 1905 unter heftigen Augenschmerzen, einige Tage später an Mattigkeit, allgemeinem Übelbefinden, Kopfschmerzen und Fieber (Bl. 28).

19. Sticker R., 33 Jahre alt, Kunde Lötzschs, bekam am 9. Februar 1905 heftigen Durchfall, der nach zwei Tagen auf ein Gegenmittel hin aufhörte. Ungefähr am 14. Februar (?) stellten sich heftiger Kopfschmerz, Augenschwellung, heftiger Muskelschmerz in den Oberarmen und Schenkeln und eine starke Schwellung des rechten Armes und Fieber ein. R. wurde bettlägerig und begab sich am 20. Februar in die Behandlung des Dr. Stecher (Bl. 24b).

20. Sticker S., 52 Jahre alt, bemerkte am 28. Februar 1905, daß seine Augenlider geschwollen und rot unterlaufen waren. Später traten Glieder- und Rückenschmerzen und Fieber ein, so daß S. arbeitsunfähig und bettlägerig wurde. Er hatte ungefähr 14 Tage vor seiner Erkrankung von Lötzsch Schweinefleisch gekauft und ein Stückchen roh gegessen (Bl. 23).

21. Schülerin X., 13 Jahre alt, Schwester der verstorbenen X., vertrat ihre Schwester bei Lötzsch, hatte hier Bratwurst gegessen und fühlte sich am 2. März matt und krank, so daß sie sich legen mußte. Ihre Augenlider waren geschwollen, am 6. März klagte sie über Muskelschmerzen (Bl. 27).

22. Schneider Sch. in Hennersdorf, 34 Jahre alt, hat, soviel er sich erinnern kann, am 12. Februar 1905 von Lötzsch gewiegtes Schweinefleisch geholt und dasselbe am Sonnabend, den 11. Februar (?) zum Teil roh, am Sonntag, den 12. Februar, zum Teil gebraten gegessen. Etwa am 17. Februar (?) traten Augenschwellung, Muskelschmerzen in den Oberarmen und Waden auf. Diese Erscheinungen hielten etwa drei bis sieben Tage an (Bl. 30).

23. Frau Sch., 34 Jahre alt, Ehefrau des Schneiders Sch., erkrankte ungefähr am 15. Februar (?) an Gesichtsschwellung, Kopfschmerzen und Mattigkeit in allen Gliedern und mußte sich auf das Sofa legen. Dieser Krankheitszustand dauerte ziemlich 14 Tage an. Die Kinder Sch. haben angeblich auch rohes Schweinefleisch gegessen, sind aber gesund geblieben (Bl. 30).

24. Geschäftsführerin Y., 21 Jahre alt, hatte ungefähr am 18. Februar 1905 aus Lötzschs Schlächterei Brühwürstchen bezogen und verzehrt und war vom 28. Februar an leidend. Ihre Krankheit begann mit Schwellung der Augenlider und des Gesichts, am 3. März wurde die Kranke von Schmerzen in den Armen und Beinen, allgemeiner Schwäche und Mattigkeit und Fieber befallen, so daß sie sich legen mußte (Bl. 27b).

Die Zahl der an Trichinose Erkrankten wird auf ca. 40 geschätzt. Ein Teil derselben erkrankte unter leichten Erscheinungen und schnell vorübergehenden Störungen und hat ärztliche Hilfe nicht in Anspruch genommen. Wie in der Hauptverhandlung bekannt wurde, haben unter anderen die Musiker Z. und M. an Trichinose gelitten, ihre Infektion ist durch Exzision von Muskelstückchen nachgewiesen worden.

Am 2. März 1905 wurde alles in Lötzschs Schlächterei vorgefundene Schweinefleisch, insbesondere auch Würste, Speck, Schinken, Rauch- und Pökelfleisch beschlagnahmt und vom Tierarzt Schache und den Trichinenschauern Seidel und Fischer unter Aufsicht des Bezirkstierarztes Kuhn untersucht. Die mikroskopische Untersuchung war ergebnislos und muß angenommen werden, daß das Fleisch des trichinenhaltigen Schlachttieres bereits verkauft worden war. Nach dem Schaubuch des Trichinenschauers Seidel hat Lötzsch im Februar 1905 außer den am 7. und 16. Februar geschlachteten Schweinen 7, also insgesamt 9 Schweine geschlachtet (Bl. 17b). Der Umsatz von Schweinefleisch scheint in dieser Schlächterei ein flotter gewesen zu sein.

Am 8. März 1905 legte mir die Königliche Staatsanwaltschaft die Frage vor, ob es nach dem Stande der Erörterungen wahrscheinlich sei, daß die beiden nicht untersuchten, am 7. und 16. Februar 1905 geschlachteten Schweine trichinenhaltig waren oder ob dies mit Bestimmtheit nur von dem ersteren anzunehmen sei. Ich habe auf Grund nachstehender Erwägungen angenommen, daß das am 7. Februar 1905 geschlachtete Schwein trichinenhaltig war.

Als Infektionsquelle war einzig und allein die Schlächterei Lötzschs ermittelt worden, eine andere private oder gewerbliche Schlächterei kam hierfür nicht in Frage, da alle Indizien der Infektion in diese Verkaufsstelle zusammenführten und nur Dienstleute und Kunden Lötzschs an Trichinose erkrankt waren.

In Lötzschs Schlächterei ist am 7. und 16. Februar je ein Schwein geschlachtet und ohne vorausgegangene Untersuchung auf Trichinen verarbeitet worden. Auf diese allein mußte sich der Verdacht der Trichinose lenken, denn es ist nicht erwiesen worden, daß Lötzsch noch andere Schweine blind geschlachtet hat. Die verehelichte Lötzsch bringt die Fahrlässigkeit ihres Mannes mit dessen Erkrankung nach einem Unfall in Beziehung.

An dem Dienstmädchen X. war durch die Sektion ihrer Leiche und an dem Lehrburschen A. durch Exzision von Muskelstückchen die Trichinose festgestellt worden.

Da die Angaben der an Trichinose Erkrankten und der Zeugen über Beginn und Verlauf der Krankheit der Zeitbestimmung nach nicht allenthalben einwandfrei waren, wie die Krankengeschichten zeigen, hielt ich es für geboten, das Sektionsergebnis vom 2. März 1905 zum Ausgangspunkte meines Gutachtens zu nehmen. Die X. war am 28. Februar gestorben, die ihrer Leiche entnommenen Muskeln waren von zahlreichen, meist in Wanderung begriffenen Trichinen durchsetzt und erschien nach diesem Befunde die Annahme wohl begründet, daß die Infektion der X. vor ca. drei Wochen durch Genuß von trichinenhaltigem Fleisch erfolgt war, das dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine entstammte. In der Tat hat die X. kurz vor ihrer Erkrankung beim Zerkleinern von Schweine-

fleisch rohes Fleisch genossen und ist nach Angabe des Dr. Rolfs am 9. Februar 1905 unter den Erscheinungen eines Darmkatarrhs erkrankt.

Die Richtigkeit dieser Annahme findet in der Naturgeschichte und Entwicklung der Trichinen und in dem Verlaufe der Trichinenkrankheit ihre Bestätigung.[1]) Wird trichinenhaltiges Schweinefleisch in den Magen und Darm eingeführt, so werden die Muskeltrichinen nach Lösung ihrer Kapsel frei und wachsen in 2 bis 3 Tagen zu geschlechtsreifen Darmtrichinen aus. Nach 5 bis 7 Tagen setzt das Weibchen freie junge Trichinen ab. Mit dem 7. bis 8. Tage beginnt die Einwanderung der Trichinenbrut in die Muskeln. Die Embryonen verlassen kurze Zeit nach ihrer Ausstoßung den Darm und wandern mit großer Schnelligkeit in die Muskeln des Körpers, siedeln sich in diesen an, rollen sich, wenn sie ausgewachsen sind, zusammen und kapseln sich nach mehreren Wochen ein. Diese Auswanderung ist in der 2. Woche am lebhaftesten und kann bis zur 4. Woche andauern. Bereits nach 13 bis 14 Tagen werden die Embryonen in den Muskelfasern angetroffen. Der Anfang der Kapselbildung findet in der 3. bis 5. Woche nach der Einwanderung der Trichinen in die Muskeln statt. Die mikroskopische Untersuchung der Muskelstückchen, welche der Leiche der X. entnommen waren, zeigte nun, daß die meisten Trichinen sich noch in Wanderung befanden und ihrer Entwicklung nach der Zeit von 2 bis 3 Wochen entsprachen. Ich habe infolgedessen die Zeit, in welcher das infizierte Fleisch von der X. genossen worden ist, auf ungefähr 3 Wochen zurückdatiert.

Wie bekannt, bestehen während des Aufenthaltes der Trichinen im Magen und Darm Reizerscheinungen dieser Organe, während der Einwanderung in die Muskeln Fieber, Schwellung des Gesichts und der Augenlider, reißende Schmerzen in den Gliedern, Ödem und Respirationsbeschwerden. Mit dem Beginn der Einkapselung der Trichinen nehmen diese Symptome allmählich wieder ab. Rupprecht (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, XXXIII, 284) teilt daher den Verlauf der Trichinose in 3 Stadien, und zwar das Stadium der Ingression, Digression und Regression. Diese Stadien grenzen sich nicht scharf von einander ab, da die Krankheitserscheinungen in ihrer Ex- und Intensität sehr wechselnd und vornehmlich von der Menge und dem Zustande des infektionsfähigen Fleisches abhängig sind. Eine geringe Zahl von eingeführten Muskeltrichinen ruft keine Krankheitserscheinungen hervor. Bei mittelschweren Fällen entwickeln sich die Erscheinungen des Magen- und Darmkatarrhs häufig kurze Zeit nach Genuß des trichinösen Fleisches oder im Laufe der nächsten Tage. Bisweilen fehlt jede Reaktion des Verdauungsapparates, so daß es sehr schwer wird, die Zeit der Infektion zu ermitteln. In Fällen schwerer Erkrankung sind die Störungen des Digestionskanales äußerst stürmische, choleraähnliche. Von ihr werden meist diejenigen heimgesucht, die viel und rohes trichinöses Fleisch zu sich genommen haben. Die Temperatursteigerung setzt bei schwerer Infektion meist im ersten Stadium der Verdauungsstörungen ein und simmt nach Beginn der Muskelerscheinungen zu. Sie übersteigt häufig 40 ° C, ihre Dauer ist verschieden und von der Schwere der Erkrankung abhängig. In den meisten Fällen tritt frühzeitig eine allgemeine Mattigkeit und Abgeschlagenheit oder „Muskellähmigkeit", wie Kratz und Rupprecht sagen, ein. Ungefähr am 8. Tage schwellen die Augenlider und das Gesicht, seltener die Hände und Füße an. Vom 9. bis 10. Tage, bisweilen auch später, beginnen als Folge der Einwanderung der Trichinen in die Muskeln des Körpers Gliederschmerzen und Bewegungsstörungen sich geltend zu machen. Ihre Stärke und Ausdehnung ist gleichfalls sehr verschieden. In leichten Fällen bleiben die Kranken ambulant und klagen über das Gefühl von Spannung in den Armen und Beinen, besonders in den Oberarm- und Wadenmuskeln. Bei schweren Erkrankungen sind die Bewegungen der Glieder frühzeitig sehr schmerzhaft und behindert und die Muskeln, namentlich die Flexoren der Arme und Beine, gespannt und hart. Die Kranken werden bettlägerig und pflegen, um die erkrankten Muskeln zu entspannen und die Schmerzen zu lindern, durch Beugung der Ellbogen-, Hand- und Kniegelenke eine charakteristische Stellung einzunehmen. Das Eindringen der Schmarotzer in die Muskeln erzeugt weiterhin Augenschmerzen, Schling- und Atembeschwerden, Schmerzen beim Kauen und Heiserkeit bis zu völliger Aphonie. Die Kranken sind apathisch, deprimiert, bei schwerer Erkrankung und hohem Fieber werden sie somnolent, delirieren und bieten ein typhusähnliches Krankheitsbild. Als Komplikationen sind Bronchialkatarrhe, hypostatische Pneumonien, selten Pleuritis, Schwerhörigkeit, Nasen- und Darmblutungen beobachtet worden. Verlauf und Dauer der Krankheit richten sich nach der Schwere der Infektion. Bei leichten Fällen können die Krankheitserscheinungen innerhalb 8 bis 14 Tagen verschwinden, bei schwerer Erkrankung 4 bis 7 Wochen, bisweilen Monate überdauern.

Die Erkrankung der X. ist, wie die gerichtlichen Erörterungen ergeben haben, zweifellos eine schwere, unter stürmischen Erscheinungen verlaufende Infektion gewesen. Die Krankengeschichte vermag ich leider nicht in ihren Einzelheiten mitzuteilen, da sie mir nicht zur Verfügung gestellt worden ist. Nach dem eigenen Zugeständnis der Kranken hat sie wenige Tage vor dem 10. Februar zerkleinertes rohes Schweinefleisch genossen, das höchstwahrscheinlich von dem am 7. Februar geschlachteten Schweine herrührte, und ist darauf heftig erkrankt. Am 28. Februar ist ihr Tod auf der Höhe der myositischen Erkrankung unter den Zeichen der Atmungsinsuffizienz, wie die vorgefundene hypostatische Lungenentzündung andeutete, erfolgt.

Die verehelichte Lötzsch bekundete bei ihrer ersten Vernehmung, daß die X. bereits vor dem 7. Februar über Unwohlsein geklagt habe und behauptet, daß die Erkrankung und der Tod der X. die Folge ihrer ausschweifenden Lebensführung sei. Diese Behauptung ist durch die Sektion wiederlegt worden. Da die Aussagen der Lötzsch sowohl über die Erkrankung der X. als auch über die ihres Mannes in mehrfacher Beziehung von den Mitteilungen der anderen Zeugen abweichen, war Grund gegeben, Zweifel in die Richtigkeit dieser Angaben zu setzen, zum mindestens aber dieselben bei Abgabe eines Gutachtens nicht als vollwertig aufzunehmen. Damit soll die Möglichkeit des Krankseins der X. vor dem 7. Februar aber keineswegs in Abrede gestellt werden. Die Lebensweise derselben und insbesondere ihre nächtlichen Liebesabenteuer setzten sie während dieser rauhen Jahreszeit leicht der Gefahr einer Erkältung aus und es ist wohl möglich, daß ihre Gesundheit schon vor dem 7. Februar gestört war. Ist dies der Fall, so würde es sich um die Koinzidenz von zwei verschiedenen Krankheiten handeln. Das Unwohlsein der X. kann vor dem 7. Februar nicht ernster Art gewesen sein, da sie sich noch am 6. Februar nachts im Freien herumgetrieben und bis zum 8. Februar gearbeitet hat. Erst mit diesem Tage setzte die schwere Erkrankung der X. ein. Der mikroskopische Befund der Muskelpräparate aber und das Entwicklungsstadium der aufgefundenen Trichinen weisen darauf hin, daß die X., wie sie selbst vermutete, sich wenige Tage vor dem 10. Februar infiziert hat.

[1]) Eulenburg, Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde, 1883, Casper-Liman, gerichtliche Medizin, 1876.
von Hofmann, gerichtliche Medizin, 1903.
Flügge, Hygiene, 1902.
Strümpell, spez. Pathol. und Therapie der inneren Krankheiten, 1890.

Gleich wie im Falle X. konnten auch von den übrigen Erkrankten die Zeiten über stattgefundene Infektion und über das Auftreten der ersten Krankheitserscheinungen nicht genau angegeben werden. Es ist dies auch wohl erklärlich, wenn man berücksichtigt, daß die Trichineninvasion beim Menschen Erscheinungen hervorruft, die einem Magen-Darmkatarrh, einem Rheumatismus, einem Typhus ähnlich sind und eine Verwechslung mit diesen Krankheiten im Anfange leicht zulassen, daß weiterhin die Diagnose der Erkrankung A.s und der X. erst am 2. März 1905 endgültig festgestellt und das Interesse der übrigen Kranken erst von diesem Zeitpunkte an auf die Möglichkeit einer Trichinenvergiftung gelenkt wurde und daß inzwischen die Erinnerung an die einzelnen Geschehnisse über Infektion und die ersten Gesundheitsstörungen bei dem einen oder anderen mehr oder weniger getrübt und verwischt worden ist. So erscheint die Erkrankung des Fleischers Lötzsch nicht vollständig aufgeklärt und fällt es auf, daß an ihm Ödeme nicht beobachtet worden sind, Ferner enthalten die Zeitangaben der Eheleute Sch. offenbar Erinnerungsfehler, was schon daraus zu ersehen ist, daß der 12. Februar nicht auf einen Sonnabend, sondern auf einen Sonntag fiel. Die Infektionstermine der Fälle 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23 liegen, soweit aus den Krankengeschichten geschlossen werden kann, zwischen dem 7. und 16. Februar, die Infektion der Fälle 10, 17, 18, 21, 24 ist nach dem 16. Februar geschehen.

Der Verteidiger Lötzschs kündigte am 13. April 1905 dem Königlichen Landgerichte Chemnitz an (Bl. 96), er werde unter Beweis stellen, daß das am 7. Februar geschlachtete Schwein unmöglich trichinös gewesen sei, weil R. (Fall 19) bereits am 3. Februar unter trichinoseverdächtigen Symptomen erkrankt, unter den beschlagnahmten Fleischwaren kein einziges Stückchen trichinenhaltig befunden worden sei und der Bezirkstierarzt Kuhn auf das bestimmteste behauptete, daß die Trichinen nur von einem Schweine herrühren könnten, welches spätestens im Dezember 1904 geschlachtet worden wäre. Der Tod der X. aber sei nicht durch die Trichinen herbeigeführt, sondern die Folge schon früher bestandener Krankheitserscheinungen. Jedenfalls habe sie sich erkältet gehabt und am 8. Februar stark gehustet. Es komme noch in Frage, inwieweit nicht die im Unterleib vorgefundene Eierstockszyste die Todesursache sei. Die Verstorbene sei schon vor dem 7. Februar sehr krank und insbesondere lungenkrank gewesen, ihr Vater sei einen Monat vor ihrem Tode an galoppierender Schwindsucht gestorben.

Am 18. April 1905 fand vor der 2. Strafkammer des Königlichen Landgerichts Chemnitz die Verhandlung in der Strafsache gegen den Fleischermeister Lötzsch wegen fahrlässiger Tötung in Einheit mit fahrlässiger Körperverletzung und mit dem Vergehen in § 14 des Nahrungsmittelgesetzes statt. Als Sachverständige waren hierzu die DDr. Rolfs und Stecher, die Tierärzte DDr. Schache und Zietzschmann und auf Antrag der Verteidigung der Bezirkstierarzt Kuhn geladen. Desgleichen wohnte ich der Verhandlung als Sachverständiger bei.

Durch Bezirksarzt Dr Rechholz hatte Bezirkstierarzt Kuhn Gelegenheit gefunden, mehrere Muskelpräparate der verstorbenen X. durchzusehen und trat in der Hauptverhandlung mit der Behauptung hervor, daß die in den Muskeln enthaltenen Trichinen in der Mehrzahl ausgewachsen und vollständig zusammengerollt waren. Er schließe daraus, daß sie sich schon mindestens 4 Wochen im Körper der X. aufgehalten hätten und mindestens 4 Wochen vor dem Todestage, also vor dem 7. Februar 1905, eingenommen sein müßten. Es sei daher ganz unmöglich, daß die X. durch den Genuß von Fleisch infiziert worden wäre, welches von dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine herrühre. Der Angeklagte und dessen Verteidiger folgerten weiter, daß dann ein früher geschlachtetes, also auf Trichinen untersuchtes Schwein in Betracht komme und für diesen Fall den Angeklagten im Hinblick auf die erfolgte Untersuchung kein Verschulden treffen könne. Die Verteidigung machte mit großer Anstrengung den Versuch, mein Gutachten und damit die Anklage zu Fall zu bringen. Die Angaben ihres Sachverständigen stimmten aber nicht mit den gerichtsärztlichen Feststellungen überein und es wurde dieses Dementi meines Befundes auf das entschiedenste von mir zurückgewiesen. Um Wiederholungen zu vermeiden, nehme ich auf die Darstellungen der mikroskopischen Untersuchungsergebnisse Bezug. Die in meinem Besitze befindlichen Präparate zeigen klar und deutlich, daß die Mehrzahl der Trichinen noch in Wanderung begriffen ist und einer Entwicklung von 2—3 Wochen entspricht. Auf diesen Befund habe ich hauptsächlich mein Gutachten gegründet, weil die Krankengeschichten der Infizierten, wie gesagt, in Version und Datenangabe zu sehr variierten, als daß sie ausschließlich für die Zeitabschätzung der Ansteckung im Einzelfalle hätten eine sichere Gewähr bieten und entscheidend sein können.

Daß die X. an Trichinose gestorben war, stand nach dem Sektionsergebnis außer Zweifel und konnte nicht bestritten werden. Wann die typischen Erscheinungen der Trichinose sich bei der X. eingestellt haben, vermochte der behandelnde Arzt in der Hauptverhandlung nicht genau anzugeben, diese seien, sagt er aus, im Verlaufe der ärztlichen Behandlung nach etwa 5—6 Tagen aufgetaucht. Die Intensität der Erscheinungen, unter welchen die X. nach dem 7. Februar erkrankte, der Krankheitsverlauf und die Sektion gaben kund, daß die Verstorbene von einer schweren Infektion betroffen worden war, in deren Verlauf erfahrungsgemäß die Stadien der Erkrankung sich nicht in der gewöhnlichen typischen Form und Schärfe markieren, wie in leichten und mittelschweren Fällen. Die Infektion der übrigen Erkrankten, auch R.s, fiel nach den gerichtlichen Erörterungen in die Zeit nach dem 7. Februar. In Berücksichtigung aller dieser Feststellungen war die Annahme deshalb vollständig berechtigt, daß die Infektion der X. erst nach dem 7. Februar durch Genuß von trichinösem Fleisch, das dem an demselben Tage ohne vorausgegangene Untersuchung geschlachteten Schweine entnommen und mit dessen Zerkleinerung die X. beschäftigt war, verursacht ist, und daß ihr Unwohlsein vor dem 7. Februar mit dieser Trichinenvergiftung nicht in ursächlichem Zusammenhange steht.

Der Einwand, daß die Untersuchung der konfiszierten Fleischwaren ergebnislos gewesen ist, konnte nicht ins Gewicht fallen, da kein Anhalt gegeben war, daß auch nur ein einziges Stück derselben dem am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweine entstammte. Außerdem haben die tierärztlichen Sachverständigen sich dahin ausgesprochen, daß eine zuverlässige Untersuchung von Wurstwaren auf Trichinen nicht möglich ist.

Das Gericht erkannte den Fleischermeister Lötzsch als schuldig und verurteilte ihn unter Anrechnung von zwei Wochen Untersuchungshaft zu fünf Monaten Gefängnis und Tragung der Kosten des Verfahrens.

Lötzsch verzichtete auf Einlegung eines Rechtsmittels gegen dieses Urteil des Königlichen Landgerichts Chemnitz. Das von seinem Verteidiger angebrachte Begnadigungsgesuch ist zur Berücksichtigung nicht geeignet befunden worden.

Bezirkstierarzt Kuhn hat seine Polemik extra forum fortgesetzt. An dieser hat sich auch Geh. Medizinalrat Professor Dr. Johne beteiligt und in einem Aufsatze, welcher in der von ihm redigierten Zeitschrift für Tiermedizin, 9. Band 1905, erschienen ist, das Urteil des Königlichen Landgerichts Chemnitz und mein Gutachten einer Kritik unterzogen. Diese Epikrisis stützt sich vornehmlich auf die Mitteilungen der Tierärzte Kuhn und Dr. Zietzschmann, ist im Tenor des Kuhnschen Gutachtens

gehalten, stellt sich in der Hauptsache als eine Wiederholung desselben dar und schließt mit dem gleichen Fazit ab.

Beachtenswert ist es, daß in diesem Schriftsatz die Zeugenaussagen und Krankengeschichten weitere Varianten erfahren. So soll die verstorbene X. nach Angabe des verurteilten Lötzsch, der sich von Anfang Februar 1905 wegen Krankheit um nichts, selbst um sein Geschäft nicht kümmern konnte, und nach der brieflichen Versicherung der verehelichten Lötzsch schon vom 5. Februar ab heftigen Darmkatarrh (10—12 Stühle in einem Tage) gehabt und sich in allen Gliedern wie zerschlagen gefühlt haben, am 8. Februar wegen dieser Erscheinungen und hohen Fiebers in ärztliche Behandlung getreten und am 8. oder 9. Februar zu ihrer Großmutter gebracht worden sein. Amtstierarzt Dr. Zietzschmann und die Großmutter Uhlemann, welche von dem ersteren ausgeforscht worden ist, behaupten entgegen den Bekundungen des behandelnden Arztes auf das bestimmteste, daß die X. bereits mindestens am 8. Februar an Gesichtsödem gelitten habe. Weiterhin versichert die verehelichte Lötzsch, die eifrig bemüht war, ihren Mann zu entlasten, Professor Dr. Johne brieflich auf das bestimmteste, daß die X. von dem Fleische des am 7. Februar 1905 geschlachteten Schweines überhaupt nichts gegessen haben könne, und straft die Tote Lügen. Hieraus ist zu ersehen, daß man, wenn man viel fragt, auch viel erfahren und in den Laien durch allzuvieles Befragen, ohne es zu wollen, recht viel hineinexaminieren kann. Nach Ausweis der Ratsakten sollen ferner der Fleischer Lötzsch bereits am 4. Februar, die X. am 7. Februar, D (Fall 5), B (Fall 3) am 8. Februar, R (Fall 19) und die F (Fall 7) am 11. Februar, C (Fall 4) und der Lehrling A (Fall 2) am 13. Februar an typischen Erscheinungen erkrankt sein, wiewohl sie erst am 8. bez. 9., 23., 20., 22. und 23. Februar in ärztliche Behandlung und Beobachtung kamen und C. am 16. Februar vormittags 11 Uhr mit seinem Vater vom Gemeindevorstand Kempe in Hennersdorf ein Schwein abgeholt und bis in den späten Nachmittag vor dem Gasthof in Hennersdorf gehalten hat, wie die Erörterungen des Gendarm Hermann ergeben haben (Bl. 54). Diese vom Professor Dr. Johne in seinem Aufsatze aufgeführten, von den gerichtlichen Feststellungen stark abweichenden und ihnen widersprechenden, unbestimmten, die tatsächlichen Verhältnisse entstellenden, nachträglichen Angaben beweisen aber von neuem auf das evidenteste, daß im vorliegenden Falle die meisten Zeugenaussagen für die Erstattung eines Gutachtens unzulänglich, nicht geeignet und für die Richtigkeit desselben nicht beweiskräftig sind und daß sie, statt Klarheit zu schaffen, die Sachdarstellung nur verwirren.

Um zu einem sicheren Urteil zu gelangen, war es deshalb erforderlich, bei Beantwortung der Frage, ob die Trichinose in Augustusburg mit dem Genusse eines bestimmten Fleisches in ursächlichem Zusammenhange stand oder nicht, vom Leichenbefunde des 2. März 1905 auszugehen. Die mikroskopischen Feststellungen Kuhns weichen rätselhafterweise von den meinigen erheblich ab. Hic haeret aqua. Professor Dr. Johne nimmt nun vollständig den Standpunkt seines Schülers ein und ist, ohne überhaupt die Präparate Kuhns gesehen und geprüft zu haben, überzeugt, daß die Trichinen der X. meist zusammengerollt und nur vereinzelt erst in der Zusammenrollung begriffen waren. Dies ist aber nicht zutreffend.

Das negative Untersuchungsergebnis der konfiszierten Fleischwaren findet auch Erwähnung, doch ist dieses aus den bekannten Gründen, weil nichts beweisend, belanglos.

Es wird mir vorgehalten, daß ich nach dem Wortlaute des Gerichtsurteils aus dem Sektionsbefunde auf eine drei- bis dreieinhalbwöchige Dauer des Aufenthaltes der Trichinen im Körper der X. gefolgert hätte. Dies bedarf einer Berichtigung. Ich habe bei der Diskussion über das Alter der vorgefundenen Trichinen vor Gericht wiederholt und nachdrücklich betont, daß eine Altersbestimmung der Trichinen auf den Tag nicht möglich ist und ihre Aufenthaltsdauer im Körper der Verstorbenen nur annähernd angegeben werden kann, daß dieselbe aber, weil die Trichinen sich meist noch in Wanderung befanden, von mir auf 2—3 Wochen abgeschätzt worden ist.

Professor Dr. Johne bestreitet, daß das am 7. Februar 1905 geschlachtete Schwein trichinös gewesen ist, und gelangt zu folgender Vermutung: Entweder hat Lötzsch noch vor dem 7. Februar (ca. 6 bis 8 Tage vorher) ein Schwein blind, d. h. ohne es zur Fleisch- und Trichinenschau, sowie zur Schlachtsteuer anzumelden, geschlachtet oder ein um diese frühere Zeit geschlachtetes und vorschriftsmäßig angemeldetes Schwein ist trotz der Eintragung in das Schaubuch des Trichinenschauers von diesem gar nicht oder nur leichtfertig untersucht worden. Mit diesem Schlußsatze verliert sich der Verfasser im Gebiete der Hypothese.

Er moniert ferner, daß Bezirkstierarzt Kuhn erst auf Antrag der Verteidigung als Sachverständiger zugezogen worden ist und beklagt, daß die Strafkammer ein so geringes Gewicht auf die so bestimmt abgegebenen Gutachten der tierärztlichen Sachverständigen gelegt hat.

Die Beurteilung dieser Einwände kann ich nach der aktenmäßigen Sachdarstellung dem Urteil des Lesers überlassen.

Welche Umstände lassen es notwendig erscheinen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin einzufügen?

Von

Dr. Walther Stempel,

dirigierender Arzt des Diakonissen-Krankenhauses Bethlehem und Sachverständiger der Arbeiterschiedsgerichte in Breslau.

(Schluß.)

Für die Ärzte von ganz besonderer Wichtigkeit sind ferner noch die § 16 und 18 des Gesetzes. § 16 besagt, daß Invalidenrente auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte erhält, welcher während 26 Wochen erwerbsunfähig gewesen ist, und zwar für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit. Leider ist dieser Paragraph nicht nur den Ärzten, sondern auch den beteiligten Versicherten noch vielfach unbekannt, so daß manch Kranker nach Ablauf seiner Kassenzeit in Sorge um die Zukunft schwebt, was ausgeschlossen wäre, wenn er von seinem behandelnden Arzt rechtzeitig auf die Segnungen des § 16 aufmerksam gemacht worden wäre. —

Gerade in diesen Fällen sowie in denen des gleich zu besprechenden § 18 soll sich der Arzt zum Anwalt des Kranken machen, ebenso wie er auf Grund seiner Sachkenntnis rechtzeitig unberechtigten Invalidenanträgen entgegenwirken und dadurch vielfache Enttäuschungen und unnötige Ausgaben vermeiden kann. — Je mehr auch die Ärzte Gesetzeskenntnis erlangen, um so eher werden sie auch dem heut am Arbeitervolk wie eine Pest zehrenden Unwesen der Winkelkonsulenten und angeblichen Rechtsverständigen ein Ende bereiten, bei welchem sich zurzeit die Arbeiter für schweres Geld lediglich schlechten Rat erholen. — Nur der behandelnde Arzt kann mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit voraussehen, ob eine Erkrankung sich über die 26. Woche hinaus erstrecken wird, wenn auf seinen Rat dann rechtzeitig der Antrag auf die Krankenrente gestellt wird, so kann der Kranke nach Ablauf der Kassenzeit alsbald in den Genuß der Krankenrente treten, hierdurch wird manchem Kummer und mancher Sorge rechtzeitig vorgebeugt. —

Ähnlich liegen die Verhältnisse bei dem § 18 des Gesetzes, welcher lautet: Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Erkrankung Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente be-

gründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen. Auch bei diesem Paragraphen sind die Versicherungsanstalten ausschließlich auf die tätige Mitarbeit der Ärzte angewiesen. — Einmal sind dieselben vermöge ihrer Sachkenntnis in der Lage, in denjenigen Fällen, in welchen die Behandlung am Ort des Erkrankten nicht ausreicht, die Übernahme des Heilverfahrens bei der Versicherungsanstalt in die Wege zu leiten, weiterhin vermögen sie aber auch durch ihren Einfluß auf den Kranken demselben die Zweckmäßigkeit einer speziellen Behandlungsart klar zu machen, so daß er den auch heut noch vielfach unter der Arbeiterbevölkerung sich findenden Widerstand gegen jede Art Krankenhausbehandlung zu seinem eigenen Vorteil aufgibt. —

Von großer Bedeutung gerade auch für den Mediziner ist fernerhin der § 47, welcher von der Entziehung der Invalidenrente handelt.

Tritt nämlich in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Die tägliche Erfahrung lehrt, daß eine Unzahl von Rentenempfängern tatsächlich im Verlauf einer gewissen Zeit in ihrem körperlichen Befinden sich derartig bessern, daß sie wieder für die verschiedensten Lohnarbeiten tauglich erscheinen und mit solchen auch sehr wohl von neuem ihre Mindestverdienstgrenze und mehr erreichen können. — Bei keinem Verfahren ist die Behörde aber so auf die gewissenhafte Mitwirkung der Ärzte angewiesen wie gerade bei dem Rentenentziehungsverfahren.

Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes ist nämlich eine Entziehung nur dann möglich, wenn entweder im objektiven Befunde eine wesentliche Besserung eingetreten oder wenn anzunehmen ist, daß sich der Kranke an den veränderten Zustand hinreichend gewöhnt hat.

Letztere Bestimmung ist vorzüglich für die Unfallversicherung von Wichtigkeit, im Invalidenverfahren wird man zwar auch zeitweise auf dieselbe zurückgreifen müssen, so besonders bei Personen, die durch Verletzungen in nicht versicherungspflichtigen Betrieben verunglückt sind, hauptsächlich kommt aber im Invalidenrenten-Entziehungsverfahren nur die wesentliche Besserung im objektiven Befund in Betracht.

Daß eine solche nur konstatiert werden kann, wenn ein gründlicher und erschöpfender Anfangsbefund aufgenommen worden ist, liegt auf der Hand.

Es ist demnach Pflicht des begutachtenden Arztes, bereits bei der ersten Untersuchung den körperlichen Zustand derartig genau zu schildern und zu beurteilen, daß ein genauer Vergleich auch noch nach Jahren eine eventuelle Besserung feststellen oder verneinen kann.

Es würde zu weit führen, auch noch die zahlreichen anderen für den Mediziner wichtigen Paragraphen und deren Kommentare anzuführen, ich glaube, daß das bisher Gesagte bereits vollkommen genügt, um überzeugend darzutun, daß die Gesetzeskenntnis mit eine der wichtigsten Faktoren für die Beurteilung einer Invalidität eines Arbeiters ist.

Es erübrigt sich vielleicht, noch kurz darauf hinzuweisen daß durch Unkenntnis des Gesetzes der Arzt sogar in der Lage ist, einen Versicherten direkt zu schädigen und ihm den Bezug der Rente unmöglich zu machen.

Das Recht, eine Invalidenrente zu erlangen, steht bekanntlich nach § 28 des Gesetzes nur demjenigen zu, der außer dem Nachweis der Erwerbsunfähigkeit eine vorgeschriebene Wartezeit zurückgelegt hat, d. h. der Versicherte muß mindestens 200 Beitragswochen, der Selbstversicherte sogar 500 Beitragswochen erreicht haben.

Vielfach kommt es vor, das Versicherte in Unkenntnis der bestehenden Bestimmungen sich für arbeitsunfähig halten und der Arzt ihnen dann auch auf Grund irgendwelcher Leiden dauernde Erwerbsunfähigkeit bescheinigt.

Hat er sich nun vorher aus den Akten nicht davon überzeugt, ob der Antragsteller auch tatsächlich die erforderliche Wartezeit zurückgelegt und die notwendige Anzahl von Beitragsmarken geleistet hat, so kann dem Versicherten sehr großer Nachteil daraus erwachsen, wenn die Zahl der Beiträge noch nicht vollzählig ist.

Es ist dem Antragsteller dann unmöglich gemacht, sich durch leichte Arbeiten die notwendige Beitragszahl zu verschaffen, denn ein dauernd Erwerbsunfähiger unterliegt nach § 5 Absatz 4 nicht mehr der Versicherungspflicht und kann infolgedessen auch keine Beiträge mehr leisten.

Von mindestens ebenso großer Wichtigkeit wie die genaue Kenntnis des Invaliditätsgesetzes ist aber auch diejenige des Unfallgesetzes, dieses ist sogar noch komplizierter und verlangt eine noch eingehendere Beschäftigung des Arztes, soll die Begutachtung eine zweckdienliche sein und gleiches Recht dem Versicherten als auch den ausübenden Behörden sichern.

So bestehen bereits in Bezug auf die ausübenden Organe des Gesetzes fundamentale Unterschiede.

Während bei der Invalidenversicherung die Versicherungsanstalt die Zentrale darstellt, sind es bei der Unfallgesetzgebung die Berufsgenossenschaften, denen zuvörderst die Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen obliegt.

Dieselben sind in einzelne Abteilungen getrennt, für welche auch teilweise verschiedene Vorschriften bestehen, so daß die Kenntnis dieser verschiedenen Gruppen notwendig ist.

So haben wir im allgemeinen die gewerblichen, die land- und forstwirtschaftlichen sowie die Knappschafts-Berufsgenossenschaften, eine weitere Abteilung für sich bilden ferner die Angehörigen der königlichen Eisenbahnverwaltungen. Für alle in diesen Betrieben beschäftigten Personen, seien es Arbeiter, seien es Betriebsbeamte, letztere, sofern deren Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 3000 Mark nicht übersteigt, ist es die Bestimmung des Gesetzes, sie gegen alle in den Betrieben sich ereignenden Unfälle zu versichern, § 1 des Gesetzes.

Für den Arzt ist aus diesem Paragraphen nun zunächst von großer Bedeutung zu wissen, was man überhaupt unter einem Unfall zu verstehen hat.

Derselbe ist im Gesetz als eine körperliche Schädigung eines Menschen definiert, die auf ein plötzliches oder wenigstens zeitlich genauer bestimmbares von ihm nicht beabsichtigtes Ereignis zurückzuführen ist.

Die genaue Kenntnis dieser Bestimmung ist aus dem Grunde ungemein wichtig, weil hierdurch eine strikte Trennung von den körperlichen, sich auch im Betriebe ereignenden Schädigungen vorgenommen wird, die von manchen Ärzten auch jetzt noch als Betriebsunfälle aufgefaßt werden, nämlich den Gewerbekrankheiten. Diese sind immer das Endprodukt einer sich häufig wiederholenden und längere Zeit andauernden körperlichen Schädigung, ich erinnere nur an die Quecksilbervergiftung der Spiegelarbeiter, die Bleivergiftung der Maler und Anstreicher, der Phosphorvergiftung der Zündholzindustrie und andere, diese können aber niemals als Betriebsunfälle angesehen werden, da eben bei ihnen das plötzliche oder wenigstens zeitlich genau bestimmbare Ereignis fehlt.

Des weiteren ist es zu wissen von größter Bedeutung, wenn ein Unfall als Betriebsunfall anzusehen ist.

Das Reichsversicherungsamt hat den Betrieb als den Inbegriff der Verrichtungen definiert, welche sich auf die Vorbereitung, die Durchführung und den Abschluß eines Unternehmens beziehen.

Nun ist aber im allgemeinen bestimmt, daß Unfälle, welche sich auf dem Wege von und zu der Arbeit ereignen, nicht als Betriebsunfälle anzusehen sind, Ausnahmen hiervon sind nur dann zulässig, wenn ein Arbeiter z. B. eine ihm übertragene Arbeit an einer Arbeitsstätte vollendet hat und nun noch eine andere Arbeit an einem von dieser Stätte entfernten Ort vorzunehmen hat.

Unfälle, welche sich demnach auf dem Weg von einer Arbeitsstätte zur anderen ereignen, werden als Betriebsunfälle angesehen.

Für den Arzt ist die Kenntnis dieser in der vorliegenden Arbeit unmöglich erschöpfend zu behandelnden Definition der Betriebsunfälle darum so außerordentlich wichtig, weil er bei dem Verletzten rechtzeitig ein zweckentsprechendes Heilverfahren anordnen soll.

Wenn auch im allgemeinen zunächst von seiten der Kassen für jeden Verletzten gesorgt ist, so kommt doch gerade bei Unfällen eine große Anzahl von Heilbehandlungen in Frage, die über den Rahmen der von der Kasse zu fordernden Leistungen hinaus gehen, ich erinnere hierbei besonders nur an die für die Unfallverletzten so ungemein segensreiche mediko-mechanische Behandlung.

Die Erfahrung hat gelehrt, daß gerade letztere dann um so wirksamer ist, je frühzeitiger sie einsetzt.

Die Kassen können zur Übernahme dieser ziemlich kostspieligen Manipulationen nicht verpflichtet werden, dahingegen sind die Berufsgenossenschaften sowie die Versicherungsanstalten stets gern bereit, schon möglichst frühzeitig in geeigneten Fällen diese Behandlungsart zu übernehmen, da sie ja bei schnellerer Herstellung bedeutend an Renten sparen, andererseits aber auch durch die schnellere Heilung eines Verletzten dem Staate und der Familie eine möglichst vollwertige Arbeitskraft erhalten bleibt.

Der Arzt muß nun bereits unmittelbar nach der Verletzung wissen, wohin er gegebenenfalls seine Kranken zu einer derartigen Behandlung zu überweisen hat, lag ein Betriebsunfall vor, so ist die zuständige Berufsgenossenschaft anzugehen, im andern Falle muß die Meldung an die entsprechende Landesversicherungsanstalt erfolgen.

Aus meiner langjährigen Erfahrung weiß ich mich einer großen Reihe von Fällen zu erinnern, in welchen die baldige Empfehlung und Übernahme des Heilverfahrens für beide Teile zur größten Zufriedenheit ausgefallen und von den beteiligten Behörden auch sehr gern frühzeitig aufgenommen worden ist.

Was nun die Meldepflicht eines jeden Betriebsunfalles anbelangt, so wird hierbei von den Verletzten überaus häufig noch mit einer großen Nachlässigkeit zu Werke gegangen.

Hier soll auch der behandelnde Arzt mit eingreifen und den Kranken bald bei der ersten Untersuchung darüber befragen, auf welche Weise sich der Unfall zugetragen hat, ob er als Betriebsunfall aufzufassen und ob auch bereits die vorschriftsmäßige Meldung erfolgt ist.

Das Gesetz verlangt (§ 51), daß jeder Betriebsunfall, welcher eine völlige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und der zuständigen Berufsgenossenschaft anzumelden ist. Die Meldung muß binnen zwei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfall Kenntnis erlangt hat.

Es wird nun Pflicht des behandelnden Arztes sein, den Verletzten alsbald nach stattgehabter erster Untersuchung daran zu erinnern, seinen Betriebsunternehmer, wenn es nicht bereits geschehen ist, von dem Unfall in Kenntnis zu setzen und die Meldung an die zuständige Behörde zu veranlassen.

Daß die Unfallsmeldung auch so schnell wie möglich erfolge, ist darum dringend notwendig, um die den Rahmen der Kassenverpflichtung überschreitenden therapeutischen Maßnahmen so früh wie möglich anordnen zu können, denn bei einer großen Anzahl von Verletzungen, ich erinnere noch besonders an die Gelenkversteifungen nach Luxationen und Frakturen sowie nach Phlegmonen kann nur die frühzeitig vorgenommene mediko-mechanische Behandlung einen vollen Erfolg zeitigen.

Es ist weiterhin aber auch für den Arzt zu wissen wichtig, daß die Unfallanzeige innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren noch erstattet werden kann.

§ 59 des Gesetzes besagt darüber, daß Entschädigungsberechtigte ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritt des Unfalls bei dem zuständigen Vorstande anzumelden habe.

Für gewisse Fälle sind jedoch auch hierin Ausnahmen vorgesehen.

Absatz 2 des Paragraphen besagt nämlich, daß nach Ablauf dieser Frist der Anmeldung nur dann Folge zu geben ist, wenn zugleich glaubhaft bescheinigt wird, daß die Folgen des Unfalls erst später bemerkbar geworden sind oder daß der Entschädigungsberechtigte von der Verfolgung seines Anspruches durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse abgehalten worden ist.

In beiden Fällen wird es demnach so ziemlich ausschließlich Sache der Ärzte sein, festzustellen, ob eine von den beiden Möglichkeiten vorgelegen hat.

Für die erste Möglichkeit, daß sich nämlich die Folgen des Unfalls erst nach Ablauf von zwei Jahren gezeigt haben, seien als häufige Beispiele besonders angeführt die anscheinend leichten Gelenkquetschungen, welche jedoch am Schulter- und Hüftgelenk erst nach einigen Jahren deutliche und die Arbeit behindernde Unfallsfolgen in Gestalt chronischer Gelenkentzündungen, vornehmlich der Arthritis deformans, des Melum Coxe Senile, zeigen können, ebenso die Tuberkulose der Gelenke.

Ferner gehört hierher das Crux Medicorum, die traumatische Neurose, aber auch eine ganze Anzahl wirklicher organischer Erkrankungen des Nervensystems, z. B. die spastische Spinalparalyse, die amyotropische Lateralsklerose, nach neuester Auffassung unter Umständen auch die Syringomyelie und andere, nicht minder auch die Epilepsie.

Für die zweite Möglichkeit, daß jemand durch außerhalb seines Willens liegende Verhältnisse an der rechtzeitigen Meldung verhindert worden ist, sind mir aus meiner Erfahrung besonders solche Fälle erinnerlich, in denen nach einer Verletzung eine Geisteskrankheit ausgebrochen oder bei derselben eine Gehirnblutung in solchem Umfange stattgefunden hat, daß einmal durch Lähmung des Sprachzentrums die Verständigung mit der Umgebung, als auch durch Lähmung der Extremitäten eine schriftliche Anzeige unmöglich gemacht wurde. Man sollte allerdings meinen, daß bei derartigen, doch sicherlich immer sehr schweren Verletzungen die nähere Umgebung des Verletzten schon von selbst zur Erstattung der Unfallsmeldung schreiten würde, die praktische Erfahrung belehrt uns leider darüber eines anderen, da immer wieder noch derartige Fälle zur Aburteilung gelangen.

Was nun die Art und Weise der Fürsorge für einen Verletzten anbelangt, so ist für den Arzt erforderlich zu wissen, daß die beteiligte Berufsgenossenschaft erst nach Ablauf von 13 Wochen nach stattgehabtem Unfall für den Verletzten einzutreten verpflichtet ist.

An dieser Stelle möge indessen zunächst noch auf den Absatz 9 des § 5 des Unfallversicherungsgesetzes hingewiesen werden, welcher für den behandelnden Arzt eines Unfallverletzten von besonderer Bedeutung ist.

Nach demselben ist nämlich bereits vom Beginn der fünften Woche nach Eintritt des Unfalls bis zum Ablauf der 13. Woche das Krankengeld, welches den durch einen Betriebsunfall verletzten Personen auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes gewährt wird, auf mindestens $^2/_3$ des bei der Berechnung desselben zugrunde gelegten Arbeitsverdienstes zu bemessen.

Die Differenz zwischen diesen zwei Dritteln und dem gesetzlich oder statutengemäß zu gewährenden niedrigeren Krankengelde ist der beteiligten Krankenkasse von dem Unternehmer desjenigen Betriebes zu erstatten, in welchem der Unfall sich ereignet hat.

Der behandelnde Arzt muß von diesen Bestimmungen darum Kenntnis haben, weil er dem Verletzten nach Ablauf der fünften Woche bescheinigen muß, daß er tatsächlich noch an den Folgen eines Betriebsunfalls leidet und darum noch kassenärztlich behandelt wird.

Wie schon erwähnt, sind die Berufsgenossenschaften des weiteren befugt, bereits vor Beendigung der 13. Woche ein ihnen geeignet scheinendes Heilverfahren einzuleiten.

Sämtliche Berufsgenossenschaften haben sich die aus langjähriger Praxis unzweifelhaft nachgewiesene Erfahrung zunutze gemacht, in gewissen Fällen das Heilverfahren, besonders das mediko-mechanische, bereits vor Ablauf der Karenzzeit in Anwendung zu bringen, wenn es nicht noch häufiger wie erwünscht geschieht, so muß die Schuld allein den Ärzten beigemessen werden, welche die Berufsgenossenschaften nicht rechtzeitig auf die Notwendigkeit eines zweckentsprechenden Heilverfahrens aufmerksam machen.

Es ist hier der Platz, auch etwas über die Pflichten eines Verletzten in bezug auf ein Heilverfahren zu erwähnen.

So ist jeder Verletzte gehalten, für seinen Teil an der geordneten Durchführung eines Heilverfahrens mitzuwirken, er darf sich einem solchen bei Aussetzung gewisser Strafen und mit gewissen Ausnahmen nicht entziehen.

Er kann nur nicht gezwungen werden, irgendwelche operative Maßnahmen an sich vornehmen zu lassen, die — mögen sie zum eigentlichen Heilverfahren gehören oder nur zur Aufbesserung der Erwerbsfähigkeit zu dienen bestimmt sein (z. B. die Abnahme eines in Beugestellung versteiften Fingers) — in den Bestand oder die Unversehrtheit des Körpers eingreifen oder die, wie jede die Betäubung erheischende Operation nicht ohne Lebensgefahr vorgenommen werden können.

Dahingegen müssen sich die Verletzten jedem sonstigen Heilverfahren, sei es im eigenen Hause, sei es in einem Krankenhause unterwerfen, so besonders sich einer Massage-, elektrischen oder mediko-mechanischen Behandlung unterziehen.

Die Weigerung, ein derartiges Heilverfahren in Anwendung bringen zu lassen, zog früher den Verlust der Rente nach sich, nach neuesten Bestimmungen des Reichsversicherungsamtes, die unter den Ärzten noch nicht genügend bekannt sind, darf dies jetzt nicht mehr geschehen.

Es kann demnach einem Verletzten, welcher ein ihm zugemutetes, nicht operatives Heilverfahren ablehnt, nur die Rente auf Zeit gekürzt oder entzogen werden und zwar auch nur so lange, als ein in Aussicht genommenes Heilverfahren noch die Möglichkeit einer Besserung verspricht.

Liegt eine derartige Möglichkeit nicht mehr vor, so muß dem Verletzten denn nachträglich die volle, seinem Zustand entsprechende Rente zuerkannt werden.

Meiner Ansicht nach ist diese Bestimmung wenig glücklich gefaßt, sie entzieht den ohnehin aufs äußerste belasteten Berufsgenossenschaften noch die einzig wirksame Handhabe den Verletzten gegenüber, sie beraubt sie ferner in vielen Fällen der Möglichkeit, einen bestehenden Schaden zu bessern oder aufzuheben.

Bei einer Reorganisation des Gesetzes wird man hoffentlich eine Änderung dieser Bestimmung vornehmen.

Es wäre außerdem auch durchaus wünschenswert, wenn die Verfügung über das Verweigern operativer Maßnahmen dahin abgeändert würde, daß der Verletzte sich operative Eingriffe, welche eine wesentliche Besserung der Arbeitsfähigkeit herbeizuführen geeignet sind, und welche ohne Narkose sicher schmerzlos durch lokale Anästhesie gemacht werden können, gefallen lassen müsse.

Ist nun die Berufsgenossenschaft befugt, aber nicht verpflichtet, ein Heilverfahren vor Ablauf der 13. Woche zu übernehmen, so hat sie von Beginn der 14. Woche an die Pflicht, sich ganz um den Verletzten zu kümmern, wenn er bis dahin nicht wieder ohne Einbuße an Erwerbsfähigkeit arbeitsfähig geworden ist.

Sie muß demnach vom Beginn der 14. Woche an einmal die weitere Behandlung des Verletzten, wenn noch erforderlich, auf ihre Kosten übernehmen, demselben außerdem aber noch eine Rente in einer bestimmten Höhe zahlen.

Hiermit kommen wir zu den Bestimmungen über die Rentenentschädigung, die sich wesentlich von den im Invalidenverfahren bestehenden unterscheiden.

Während bei letzterer ein- für allemal die Rente in einer bestimmten Höhe festgesetzt ist, die sich nach der Höhe der Beitragsleistungen richtet, dieselbe außerdem nur dann gewährt werden kann, wenn ein Versicherter infolge von Krankheit mehr als $^2/_3$ erwerbsunfähig geworden ist, wird im Gegensatz hierzu eine Unfallrente bereits für geringere Schäden bewilligt und schwankt die Höhe derselben zwischen 10 und 100 %.

Bis vor einigen Jahren wurden sogar noch Renten unter 10 % bewilligt, diese Bestimmung ist jedoch nunmehr aufgehoben und die niedrigste Unfallrente beträgt jetzt 10 %.

Man ging bei der Festsetzung dieser Grenze von der Voraussicht aus, daß eine so geringfügige Schädigung, wie sie mit einer Rente unter 10 % zu bewerten wäre, lediglich als eine gewisse Unbequemlichkeit für den Verletzten, aber nicht mehr als eine wesentliche Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit angesehen werden könne.

Was nun die Berechnung der Rente anbelangt, so entspricht die sogenannte Vollrente, also 100 % einer Summe, welche gleich kommt $^2/_3$, $66^2/_3$ % des Jahresarbeitsverdienstes.

Diese Summe wird demnach allen Rentenberechnungen zugrunde gelegt.

Beträgt sie nur einen Teil von 100 %, so wird sie im Gegensatz zur Vollrente als Teilrente bezeichnet.

Eine Zusatzbestimmung zu diesem Paragraphen ist jedoch auch für den Arzt zu wissen sehr notwendig, da er infolge seiner Fachkenntnis den Verletzten häufig ratend beistehen kann.

Es kann nämlich die Rente bis zu 100 % des ganzen Jahresarbeitsverdienstes erhöht werden, dann nämlich, wenn der Verletzte durch den Betriebsunfall derartig hilflos geworden ist, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann.

Als derartige Fälle kenne ich aus meiner Erfahrung das Vorhandensein einer Geisteskrankheit nach Unfall, Verlust mehrerer Gliedmaßen, unter Umständen auch völlige Erblindung.

Diese Rentenberechnung wird nun bei den gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie den Angehörigen der Knappschaften und Eisenbahnen in gleicher Weise gehandhabt, eine Ausnahme bildet jedoch die land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft.

Der § 6 des landwirtschaftlichen Unfallversicherungsgesetzes, welcher im großen und ganzen dem § 5 des gewerblichen Gesetzes entspricht, enthält noch in Absatz 6 eine von dem letzten Paragraphen abweichende, auch für den Arzt sehr wissenswerte Bestimmung.

Nach ihm wird nämlich die Rente dann, wenn der Verletzte zurzeit des Unfalles bereits teilweise erwerbsunfähig war und deshalb einen geringeren als den durchschnittlichen Jahresarbeitsverdienst bezog, nur nach dem Maße der durch den Unfall eingetretenen weiteren Schmälerung der Erwerbsfähigkeit bemessen.

War der Verletzte zurzeit des Unfalls bereits völlig erwerbsunfähig, so beschränkt sich der zu leistende Schadenersatz lediglich auf die Kosten des Heilverfahrens.

War jemand hiernach vor dem Unfall bereits zu 50 % erwerbsunfähig, ist er nach dem Unfall zu 75 % erwerbsunfähig geworden und beträgt der durchschnittliche Jahresarbeitsverdienst 300 M., so stellt sich seine Rente auf 25 % von 300 : 2 d. h. auf 50 M.

Für den behandelnden Arzt sind diese Bestimmungen darum sehr wichtig, weil er bei Angehörigen der land- und forstwirtschaftlichen-Berufsgenossenschaft eine gründliche Untersuchung des ganzen Körpers vornehmen muß, um etwaige, vor dem Unfall vorhanden gewesene Leiden fest zu stellen und die durch dieselben bedingte Herabsetzung der Arbeitsfähigkeit einzuschätzen.

Für alle Berufsgenossenschaften gleichmäßig wird dem Verletzten nach Ablauf der 13. Woche auf Grund ärztlicher Gutachten die Höhe der ihnen zuerkannten Rente unter Bekanntmachung der für die betreffende Rentenfestsetzung maßgebenden Gründe mitgeteilt.

Ebenso wie den Invalidenrenten-Anwärtern steht nun auch dem Unfallverletzten, sobald er sich durch die ihm zuteil gewordene Rentenfestsetzung benachteiligt glaubt, das Recht der Berufung an das Schiedsgericht zu.

Die Berufung muß gleichfalls 4 Wochen nach zugestelltem Bescheide eingereicht werden.

Das Schiedsgericht, welches seinen Sitz in den Hauptstädten der einzelnen Regierungsbezirke hat, setzt sich gleichfalls aus einem Vorsitzenden und 4 Beisitzern zusammen, die Verhandlungen sind öffentlich, nur bei der Beratung ist die Öffentlichkeit ausgeschlossen.

Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts ist ebenfalls eine Berufung innerhalb von 4 Wochen an das Reichsversicherungsamt als letzte Instanz unter denselben Voraussetzungen wie bei dem Invaliditätsgesetz möglich.

Die Schiedsgerichte sind im allgemeinen von den ärztlichen Gutachten nicht direkt abhängig, sie sollen vielmehr nach eigenem Ermessen entscheiden, es muß jedoch anerkannt werden, daß das Reichsversicherungsamt besonders in der letzten Zeit das Hauptgewicht auf übereinstimmende und auch sonst einwandfreie ärztliche Gutachten gelegt hat.

Aus meiner Tätigkeit als Sachverständiger der hiesigen Arbeiterschiedsgerichte sind mir viele Fälle bekannt, in welchen das Schiedsgericht im Gegensatz zu den übereinstimmenden ärztlichen Gutachten eine höhere Rente bewilligte oder der Herabsetzung einer Rente nicht zustimmte.

Das Reichsversicherungsamt hat in fast sämtlichen derartigen Fällen dem Rekurs der verurteilten Berufsgenossenschaften stattgegeben und die Rente in der von dem begutachtenden Arzte bestimmten Höhe festgesetzt.

Es ist dies ein Beweis dafür, wie unsere eifrigen Bestrebungen, auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung das Beste zu leisten, auch von der höchsten Gerichtsbehörde anerkannt werden.

Es erübrigt sich schließlich hier noch einiges über die Herabsetzung der Rente zu erwähnen.

§ 65 des Unfallversicherungsgesetzes besagt hierüber folgendes:

Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung derselben auf Antrag oder von Amtes wegen erfolgen.

Hiernach ist sowohl eine Erhöhung der Rente als auch eine Herabsetzung sowie völlige Entziehung möglich. Eine Erhöhung wird dann statthaben, wenn eine wesentliche Verschlimmerung der Unfallsfolgen eingetreten ist, diese Erhöhung kann aber nur für die Zeit nach Anmeldung der höheren Ansprüche gewährt werden.

Eine Herabsetzung oder Entziehung der Rente, die von dem Tage an in Wirksamkeit tritt, an welchem der dieselbe aussprechende Bescheid dem Entschädigungsberechtigten zugestellt ist, kann dann erfolgen, wenn einmal eine wesentliche Besserung im objektiven Befund eingetreten oder wenn anzunehmen ist, daß der Verletzte sich an die Folgen des Unfalls hinlänglich gewöhnt hat.

Für die erste Bestimmung ist es von ausschlaggebender Wichtigkeit, daß der behandelnde Arzt einen gründlichen objektiven Anfangsbefund niedergelegt hat.

Nur dann ist es möglich, im Vergleich mit demselben eine wesentliche Besserung festzustellen und eine Minderung oder Entziehung der Rente zu empfehlen.

Von der zweiten Bestimmung wird in denjenigen Fällen zahlreich Gebrauch gemacht, in welchen eine wesentliche Besserung des objektiven Befundes nicht zu erwarten steht, z. B. bei dem Verlust von Fingern oder Fingergliedern, wobei man aber in Anbetracht der langen seit dem Unfall verflossenen Zeit, aus der Art der Beschäftigung des Verletzten sowie aus dem von diesem erlangten Arbeitsverdienst schließen kann, daß ihn die Folgen des Unfalls bei der Arbeit nicht mehr wesentlich hindern.

Die Schiedsgerichte und das Reichsversicherungsamt haben von dieser Bestimmung in zahlreichen Fällen ausgiebigen Gebrauch gemacht.

So viel in ganz kurzen und groben Umrissen über die Hauptzüge des Invaliden- und Unfallversicherungsgesetzes, soweit sie für den Arzt von Bedeutung sind.

Sie dürften jedoch bereits genügen, um darzutun, daß die Gesetzeskenntnis mit eines der Hauptnerfordernisse für jeden unparteiischen und gewissenhaften Gutachter sein muß. Aber selbst die sorgsamste und weitgehendste Kenntnis des Gesetzes macht den Arzt noch nicht allein zu einem perfekten Gutachter, hierzu ist des weiteren dringend erforderlich, daß er einmal mit allen bis zum heutigen Tag angegebenen Untersuchungsmethoden durchaus vertraut ist und sie auch anzuwenden versteht, daß er fernerhin seinen präzis niedergelegten Untersuchungsbefund in richtiger Weise in bezug auf die noch verbliebene Arbeitsfähigkeit zu beurteilen vermag.

Aber auch diese beiden Bedingungen lassen in praxi noch außerordentlich viel zu wünschen übrig, die ungenügende Kenntnis bedingt es zum größten Teil mit, daß Renten zurzeit noch ärztlicherseits in so unendlicher Anzahl und in solcher Höhe bewilligt werden, wie es sich mit der Absicht des Gesetzgebers in keiner Weise verträgt und wie es unweigerlich dazu beitragen muß, die Rentabilität des ganzen großen Unternehmens in Frage zu stellen, wenn nicht rechtzeitig ein energischer Riegel vorgeschoben wird.

Was nun zunächst die Art der Untersuchung anbelangt, so wird dieselbe, je nachdem es sich um Invalidenrentenanwärter oder um Unfallverletzte handelt, in manchen Beziehungen eine etwas verschiedene sein müssen.

Grundbedingung für alle Untersuchungen muß es nur bleiben, alle Antragsteller bei völlig entkleidetem Körper zu untersuchen.

Hier darf kein falsches Schamgefühl, auch keine Furcht vor etwaigem Zeitverlust in Frage kommen, die gewissenhafte Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und die genaue Untersuchung eines Menschen ist nur dann möglich, wenn sie bei völlig entkleidetem Körper vorgenommen wird.

Welche Menge körperlicher Schäden entdeckt man hierbei nicht bereits auf den ersten Blick, wie wird häufig dann erst der Gang der Untersuchung in ganz bestimmte Bahnen gelenkt, wie kann man nur unter solchen Umständen sicher sein, nichts zu vergessen oder zu übersehen.

Es ist darum auch von ganz enormer Wichtigkeit, sich bei der Untersuchung an ein ganz bestimmtes Schema zu halten, welches dem Gutachter so zu sagen in Fleisch und Blut übergehen muß und von welchem er niemals abweichen darf, soll seine Untersuchung Anspruch auf Genauigkeit und Vollständigkeit erheben.

Und nur derartige Untersuchungsbefunde können vor dem Forum Gültigkeit beanspruchen.

Vor Beginn der Untersuchung ist die Erhebung der Anamnese von besonderer Wichtigkeit.

Im Invalidenverfahren soll diese eine recht vollkommene sein, da aus derselben sich vielfach schon gewisse Anhaltspunkte ergeben, nach welcher Richtung hin die nachfolgende Untersuchung besonders genau einzusetzen hat.

Sie hat demnach zu umfassen Angaben über die Eltern und Geschwister des zu Untersuchenden, besonders über etwaige hereditäre Belastung (Tuberkulose, Cerium, Syphilis, Epilepsie, Geisteskrankheiten u. dgl.), alsdann sind Erhebungen notwendig über die eignen Jugendjahre des Antragstellers, über die Pubertät, die Ehe, über durchgemachte schwere Erkrankungen besonders Gelenkrheumatismus, Lungenentzündung, Berufskrankheiten und ähnliche.

Zum Schluß müssen die derzeitigen Klagen und Angaben darüber aufgenommen werden, aus welchen Gründen vermeintlich nunmehr Arbeitsunfähigkeit und wie lange besteht.

Bei Unfallverletzten wird man eine sehr genaue Darstellung des Unfalls und der auf denselben bezüglichen Klagen nach den eigenen Angaben des Kranken aufzunehmen haben, es ist interessant, daß sich die Angaben der Kranken dem Arzt gegenüber und bei der polizeilichen oder Zeugenvernehmung öfters nicht decken, hieraus gewinnt man mitunter sehr wertvolle Hinweise auf versuchte Simulation.

Die nach einem ein- für allemal feststehenden Schema vorzunehmende Untersuchung hat sich zunächst auf den allgemeinen Status zu erstrecken.

Sie soll neben einer Angabe über die Körpergröße und das Gewicht (möglichst entkleidet) eine Beschreibung des Aussehens und des Allgemeineindruckes des zu Untersuchenden enthalten.

Es folgt Beschreibung der Färbung der Gesichtshaut und der sichtbaren Schleimhäute, Anwesenheit von abnormen Hautfärbungen, Ikterus, Cyanose u. dgl., Beschaffenheit des Gebisses, der Zunge und der Rachenhöhle, erforderlichenfalls der Nasenhöhle, des äußeren Ohres und des Kehlkopfes durch Spiegeluntersuchung dieser Organe.

Dann Ernährungs- und Kräftezustand, zu beurteilen nach Menge und Beschaffenheit des Fettpolsters und der Muskulatur.

Beschaffenheit der Hohlhände und des Händedruckes.

Hieran schließt sich alsbald die Untersuchung der Wirbelsäule und der sämtlichen Gelenke der Extremitäten, eine Angabe über das Vorhandensein von Krampfadern, Hautveränderungen und Ödemen an den Unterschenkeln, Genu Valgum oder Varum, Plattfüße, Hellux Valgus und ähnliche Deformitäten der Knochen und Gelenke.

Danach wenden wir uns zweckmäßig zur Untersuchung der Brustorgane.

Zunächst muß die Beschaffenheit des Brustkorbes und die Ausdehnungsfähigkeit desselben bei tiefster Aus- und Einatmung bestimmt werden, danach das Verhalten der Schlüsselbein- und Obergrätengruben.

Bestimmung der Lungengrenzen, Verschieblichkeit der Lungen, Klopfschall- und Auskultationsbefund, Bemerkungen über Husten und die Atmung. Verhalten des Spitzenstoßes, Herzdämpfung, Herztöne, Herzaktion und Puls.

Beschaffenheit aller der Palpation zugänglichen Schlagadern.

Nunmehr folgt die Untersuchung der Bauch- und Geschlechtsorgane, der Bruchpforten, erforderlichenfalls die Untersuchung per Rektum.

Unter keinen Umständen darf die Untersuchung des Urins auf Eiweiß und Zucker verabsäumt werden, gegebenenfalls auch auf andere abnorme Bestandteile.

Unterlassung der Urinuntersuchung ist bei Begutachtungen speziell im Invalidenverfahren schlechterdings ein Kunstfehler.

Ausreden, daß Urin nicht zu erlangen ist, sind nie stichhaltig, vermittelst des Katheters läßt sich jederzeit die zur Untersuchung notwendige Menge erhalten, katheterisieren ist zudem bei Frauen wegen der sonst nicht zu vermeidenden Beimengungen aus der Scheide unerläßlich.

Zum Schluß folgt dann die Untersuchung der Psyche und des Nervensystems.

Auch hierbei muß man, um nichts zu vergessen, ein ganz bestimmtes Schema innehalten, man untersucht zweckentsprechend zunächst die Gehirnnerven der Reihe nach durch vom ersten bis zwölften, dann die Rückenmarknerven und die von ihnen versorgten Organe.

Nur wenn man sich ganz streng an dieses Schema hält kann man sicher sein, nichts Wichtiges zu übersehen, oder die Untersuchung eines Körperteiles zu unterlassen.

Der erhobene Befund muß natürlich auch dann zwar kurz, aber möglichst genau niedergelegt werden.

Im Invalidenverfahren ist es nun durchaus erforderlich, den Untersuchungsgang nach dem Schema genau von Anfang bis zu Ende inne zu halten, desgleichen bei Untersuchungen von Verletzten, sobald sie der land- oder forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft angehören, da ja bei diesen nicht nur die vom Unfall abhängigen, sondern auch alle anderen vorhandenen Leiden mit berücksichtigt werden müssen.

Für die Begutachtungen der übrigen Berufsgenossenschafts-Angehörigen ist das Hauptaugenmerk auf die Verletzung und deren Folgen zu richten, es darf jedoch bei Abgabe des ersten Gutachtens keineswegs eine Angabe über das sonstige körperliche Verhalten verabsäumt werden, da nur ein genau aufgenommener erster Befund gegen alle späteren Ereignisse sicher schützt.

So ist besonders die Untersuchung des Nervensystems für die nachherige Beurteilung einer traumatischen Hysterie oder Neurasthenie von der größten Bedeutung, ebenso die genaue Untersuchung aller Gelenke für die spätere Entscheidung der Frage, ob eine nachträglich in Erscheinung tretende Gelenkerkrankung Unfallfolge ist oder nicht, kurz, ein genauer und erschöpfender Anfangsbefund erleichtert das ganze Verfahren ungemein und er ist vor allem mit Sicherheit imstande, die Rechte beider Parteien für alle Zukunft hin gleichmäßig zu wahren.

Und das muß ja immer das Leitmotiv für alle unsre Begutachtungen in allererster Linie bleiben.

Hält man sich streng an ein bestimmtes Schema bei der Untersuchung, so wird die genaue Aufnahme des objektiven Befundes im großen und ganzen selten Schwierigkeiten bereiten.

Diese sowie eine weitgehende Verantwortung treten erst dann an den Gutachter heran, wenn es nach Aufnahme des objektiven Befundes gilt die Frage zu entscheiden, inwieweit

ist der Untersuchte infolge von Krankheit oder Unfall in seiner Erwerbsfähigkeit geschädigt.

Diese Frage kann leider von einer großen Anzahl von Ärzten auch heutigentags noch nicht in sinngemäßer Auslegung der Gesetze und des objektiven Befundes sowie der im Laufe der Jahre gemachten Erfahrungen beantwortet werden.

Hieran liegt es fast ausschließlich, wenn Renten in so ungeheurer Anzahl und Höhe bewilligt werden.

Am einfachsten liegen die Verhältnisse noch bei der Rentenfestsetzung in Unfallschäden, dieselben mögen darum zunächst in den Kreis meiner Betrachtungen gezogen werden.

Wie bereits erwähnt, werden hierbei Teilrenten von 10 bis 100 % bewilligt, das Reichs-Versicherungsamt hat nun aus seinen unzähligen Erfahrungen heraus gewisse Normen festgesetzt, welche im Laufe der Zeit durch die verschiedenen Arten der Veröffentlichung so in die Kreise der Ärzteschaft gedrungen sind, daß sie wohl als ziemlich allgemein bekannt angesehen werden können.

Es ist nun allerdings schade, daß diese Normen nur in einer gewissen und beschränkten Anzahl von Fällen in Anwendung gebracht werden können. Sie sind nämlich für denjenigen Zustand fest gesetzt, welcher dem glatten Verlust eines Gliedes oder der Unbrauchbarkeit eines solchen wie sie dem völligen Verlust desselben gleich kommt, entspricht.

Und wie selten man in die Lage kommt, nur den glatten Verlust abschätzen zu müssen, wird jeder wissen, der öfters Untersuchungen von Unfallverletzten vornimmt.

Der glatte Verlust eines Gliedes ist nämlich nur dann anzunehmen, wenn jegliche Art von Komplikationen fehlt, wir gehen wohl in der Annahme nicht fehl, daß ein derartiger Zustand sich bei einem Verletzten erst nach längerer Zeit einstellen kann, jedenfalls nur in den allerseltensten Fällen dann schon vorhanden ist, wenn die Fürsorge der Berufsgenossenschaft und damit die Rentenfeststellung einzusetzen hat, nämlich am Beginn der 14. Woche.

Es können demnach die vom Reichsversicherungsamt aufgestellten normalen Sätze immer nur einen gewissen Fingerzeig in der Begutachtung geben, einfach schematisch nach denselben jeden Unfall abschätzen zu wollen, würde zu großen Ungerechtigkeiten besonders den Versicherten gegenüber führen.

Im allgemeinen hat sich die Praxis heraus gebildet, daß man bei der ersten Rentenfestsetzung, wenn es sich eben nicht um einen verhältnismäßig geringfügigen Unfall gehandelt hat, derjenigen Rente, welche dem Dauerzustand ohne Komplikationen nach den feststehenden Normen entsprechen würde, je nach Art des Befundes eine weitere Rente hinzufügt, welche man passend als Gewöhnungs- oder Übergangsrente bezeichnet hat.

Es ist nun ungemein wertvoll, gleich bei der ersten Rentenfestsetzung die Höhe dieser Zusatzrente zu bestimmen und eine Zeit anzugeben, in welcher nach ärztlichem Ermessen der Dauerzustand ungefähr eingetreten sein kann.

Die Berufsgenossenschaft muß unter allen Umständen, sollen sich ihre Ausgaben nicht ins unbegrenzte steigern, einen Anhaltepunkt haben, nach welchem Zeitraum sie eine Nachuntersuchung des Verletzten anordnen und dann auch unter Umständen die Renten kürzen kann.

Daß aus diesem Grunde ein absolut genauer und eingehender Anfangsbefund durchaus notwendig ist, liegt auf der Hand.

Nur wenn die Möglichkeit eines genauen Vergleiches gegeben ist, kann man eine Besserung oder auch eine Verschlechterung im objektiven Befund feststellen und daraus die vom Gesetz festgelegten Konsequenzen ziehen.

Die eben erwähnten Maßnahmen sind unter den Ärzten bereits ziemlich gut bekannt und werden nach dieser Richtung hin auch im großen und ganzen nur wenig Verstöße gemacht. Es gibt aber auf dem Gebiet der Unfallversicherung noch gewisse Dinge, welche weniger und zum Teil noch gar nicht bekannt sind und darum eine gerechte Beurteilung sehr häufig ungemein erschweren, mitunter ganz unmöglich machen.

Hierher gehört zunächst das große Gebiet der Zellgewebsentzündungen. Es gibt wohl kaum noch eine Erkrankung, welche derartige schwere Zerstörungen gerade an der Arbeiterhand hervorruft, wie das Panaritium oder die aus einem solchen sich entwickelnde Phlegmone der Hand und des Armes.

Wenn wir überlegen, daß die Hand des Arbeiters kostbarster Besitz ist, von deren normaler Funktion sein und seiner Familie Wohl und Wehe vollkommen abhängt, dann müssen wir uns verständigerweise sagen, daß gerade den schwerwiegenden Folgen der Zellgewebsentzündungen an den Händen der Arbeiter durch die soziale Fürsorge am ehesten und leichtesten gesteuert werden muß.

Sehen wir uns jedoch die Verhältnisse genauer an, wie sie sich tagtäglich in der Praxis abspielen, so müssen wir gestehen, daß wir von einer ausgiebigen Hilfe gerade bei diesen schwersten Unfallsfolgen, die einen Arbeiter betreffen können, noch recht weit entfernt sind.

Zum Teil trifft hierbei sicherlich eine gewisse Schuld die erstbehandelnden Ärzte, als sie gerade nach dieser Richtung hin sehr wichtige und folgenschwere erstmalige Nachforschungen unterlassen.

Um nämlich eine Zellengewebsentzündung als das Produkt eines entschädigungspflichtigen Betriebsunfalles hinzustellen, ist es unbedingt erforderlich, daß derselben eine wenn auch noch so geringfügige und unscheinbare Verletzung der äußeren Haut während der Arbeit, also ein Betriebsunfall vorangegangen sein muß.

Diese Verletzung nun überzeugend nachzuweisen, gelingt dem an Zellgewebsentzündung der Hände erkrankten Arbeiter nur in den allerseltensten Fällen und darum muß so außerordentlich häufig die Ablehnung eines derartigen Antrages erfolgen, zum großen Nachteil des Verletzten, welcher häufig nicht so intensiv geschädigt ist, um einen erfolgreichen Antrag auf die Invalidenrente begründen zu können, der aber in seiner Erwerbsfähigkeit doch derartig behindert ist, daß Not und Elend bei ihm und seiner Familie einkehren.

Der Grund, warum anfänglich kleine Verletzungen von dem Arbeiter fast stets übersehen werden, ist der, daß er derartigen Schädigungen bei seiner Arbeit permanent ausgesetzt ist, so daß er schließlich denselben entweder gar kein Gewicht mehr beilegt oder sie überhaupt an der rauhen, abgearbeiteten und schwielenbedeckten Hand nicht bemerkt.

Erst die erfolgte Infektion mit der beginnenden Rötung, Schwellung und Schmerzhaftigkeit an der verletzten Stelle machen ihn auf die Erkrankung aufmerksam, er weiß sich dann meisteneils nicht mehr auf die Gelegenheitsursache zu erinnern, man hört vielfach dann nur die Angabe, man müsse sich wohl die Hand bei der Arbeit erschellt haben, damit wird aber der Betriebsunfall nicht erwiesen und der Anspruch muß dann mangels genügender Beweise bis zu den höchsten Instanzen hinauf abgelehnt werden.

Das Reichsversicherungsamt vertritt diesen Standpunkt, wie ich aus vielfachen Entscheidungen der Neuzeit bestätigen kann, aufs energischste.

Das Idealste wäre ja sicherlich, wenn von Staats wegen, wie es die privaten Versicherungsgesellschaften besonders in ihren mit Ärzten abgeschlossenen Polizen bereits seit Jahren getan haben, jede Zellgewebsentzündung als das Produkt eines Unfalls angesehen würde. Dieser Einführung steht jedoch die gewichtige Überlegung gegenüber, daß die zur Infektion führende erstmalige

Verletzung sich ja nicht nur bei der Arbeit, sondern ebensogut hat außerhalb der Arbeit ereignen können.

Die Wahrscheinlichkeit spricht ja allerdings bei einem Arbeiter, welcher mit einem leicht kleine Verletzungen bedingenden Material und den mannigfachsten Werkzeugen umzugehen hat, dafür, daß die zur Infektion erforderlichen kleinen Beschädigungen auch bei der Betriebsarbeit stattgefunden haben, immerhin ist aber doch die Möglichkeit der Verletzung außerhalb der Betriebstätigkeit stets gegeben.

Man wird darum stets immer wieder darauf zurückkommen müssen, diese erstmalige Verletzung als Betriebsunfall nachzuweisen.

Eine Belehrung der arbeitenden Bevölkerung hinsichtlich der kleinen im Betriebe sich ereignenden Verletzungen und deren Folgen würde sicherlich viel dazu beitragen, Abhilfe der jetzt noch bestehenden Schäden zu beschaffen, durch Wort und Schrift ließe sich hierbei manches Gute erreichen und sollte ein jeder in seinem Kreise sich für die weitere Verbreitung und Bekanntmachung dieser Dinge bemühen.

Am meisten kann jedoch der erstbehandelnde Arzt dazu beitragen, wenigstens mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit die Gelegenheitsursache festzustellen.

Es sei hier an dieser Stelle gleich miterwähnt, daß nach ständiger Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes für den Zusammenhang einer Erkrankung mit einer Verletzung nicht die bloße Möglichkeit ausreicht, um Entschädigungsansprüche zu begründen, es muß vielmehr eine an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit vorhanden sein, sollen die Ansprüche als berechtigt angesehen werden.

Diese Auffassung ist leider unter den Ärzten auch noch wenig bekannt, da immer und immer wieder noch Rentenfestsetzungen auf Grund der bloßen Möglichkeit erfolgen, die dann natürlich von der höheren Instanz zurückgewiesen werden müssen und bei den Beteiligten nur falsche Hoffnungen erweckt haben.

Was nun die Mithilfe des Arztes bei den Zellgewebsentzündungen anbelangt, so ist es seine Pflicht, bei jeder in seine Behandlung gelangenden derartigen Erkrankung zunächst einmal den Patienten darüber zu befragen, wie dieselbe entstanden sei.

Man muß sich nur hüten, zu viel Fragen zu stellen, es genügt die Frage, wie ist die Krankheit entstanden; die Antwort wird am besten notiert, da man nur so späterhin ein richtiges Zeugnis über die ersten Angaben ablegen kann.

Gibt der Erkrankte eine Verletzung als Gelegenheitsursache an, dann muß eine sehr genaue Inspektion der erkrankten Stelle erfolgen, sie wird in den meisten Fällen noch Veränderungen zeigen, welche ein Urteil darüber zulassen, ob die Angaben des Erkrankten mit dem lokalen Befund übereinstimmen.

So wird ein Stich mit einem Nagel, einem spitzen Instrument und ähnlichem, der Riß mit einem Holzsplitter charakteristische Befunde zeigen, welche für die Beurteilung von großer Bedeutung sind.

Bei der Inzision wird man weiterhin möglichst an der Stelle der Verletzung einschneiden, man kann so häufig nach ihrer Ausdehnung Form und Tiefe bestimmen, mitunter auch sehr schön nachweisen, daß die Eiterung tatsächlich von der Verletzung aus nach der Tiefe zu gedrungen ist, in vielen Fällen werden sich auch noch typische Fremdkörper Holzsplitter, Glasstückchen, Eisensplitter und andere bemerkenswerte Corpora delicti auffinden lassen.

Aus allen diesen Befunden vermag man sich dann vielfach ein ziemlich sicheres Bild von der Gelegenheitsursache zu machen, man wird die Angaben des Patienten mit diesem Befund vergleichen und so sehr häufig das tatsächliche Vorliegen oder doch die große Wahrscheinlichkeit eines Betriebsunfalles feststellen können.

Hierdurch werden wir das ganze Verfahren ungemein erleichtern und dazu beitragen, wirklich Bedürftigen die Wohltaten des Gesetzes zuteil werden lassen.

Bei keinem Leiden rächt sich indessen die Unkenntnis der gesetzlichen Bestimmungen und der Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes mehr wie bei den unter der arbeitenden Bevölkerung ungemein verbreiteten Bruchschäden.

Trotzdem gerade bei denselben alle die Umstände, welche für die traumatische Entstehung eines Bruches vorhanden sein müssen, vonseiten des Reichsversicherungsamtes vollkommen klargelegt und präzisiert worden sind, werden doch fortwährend noch Bruchschäden durch die begutachtenden Ärzte als entschädigungspflichtige Unfälle hingestellt, welche kaum einer oder gar keiner der gesetzlichen Bestimmungen entsprechen und die darum ohne weiteres in allen Instanzen glatt abgelehnt werden müssen.

Es kann nicht genug vor diesem Verfahren gewarnt werden, die glücklichen Besitzer eines Bruches sehen sich gewöhnlich schon im Besitz einer Unfallrente und die Enttäuschung ist nachträglich eine große, aber ganz abgesehen davon, entstehen doch hierdurch ganz ungeheuere Kosten, die vollkommen nutzlos sind und besser für andere Zwecke verwendet werden könnten.

Es sind nun für das Zustandekommen eines Bruches durch Trauma in der Weise, daß derselbe dann als Betriebsunfall angesehen werden kann, genaue Vorschriften erlassen, die eigentlich jedem Arzt, der sich mit der Begutachtung Unfallverletzter beschäftigt, geläufig sein müßten.

So gehört einmal zum Zustandekommen eines traumatischen Bruches entweder eine sehr heftige direkte oder indirekte Gewalt.

Direkt kann die Gegend der Bruchpforten durch ein schweres Trauma betroffen werden, welches diese Pforten gewaltsam erweitert und so den Bauchorganen den Austritt durch dieselben gestattet.

Ein Fall auf einen stumpf-spitzen Gegenstand, der Schlag eines Pferdehufes, der Stoß mit dem Horn eines Ochsen, stumpfquetschende Gewalten, so besonders beim Überfahren mit schweren Lasten können eine derartige Zerreißung der Bruchpforten bedingen.

Soll der Bruch indirekt, also durch erhöhten Druck vom Bauchraum und gewaltsames Herauspressen von Bauchinhalt durch die präformierten Bruchpforten erzeugt werden, so muß vor allem eine den Rahmen der gewöhnlichen Leistungen bei weitem übertreffende Kraftanstrengung vorher gegangen sein.

Tritt ein Bruch dagegen nur bei der gewöhnlichen Arbeit heraus, so kann das unter keinen Umständen als ein Betriebsunfall angesehen werden, die betreffende Arbeit ist alsdann nur die Gelegenheit zum Heraustreten, aber nicht die Ursache des Bruches gewesen.

Eine erhöhte Kraftleistung wird man dagegen dann annehmen können, wenn z. B. eine viele Zentner schwere Last von mehreren Arbeitern getragen wird und einer oder mehrere derselben plötzlich aus irgendeinem Grunde am weiteren Tragen verhindert werden.

Die übrigen Mitarbeiter müssen dann, wenn sie den Gegenstand nicht fallen lassen wollen, eine bedeutend größere Kraft wie vorher anwenden und damit auch den intraabdominellen Druck stark erhöhen.

Dasselbe wäre der Fall, wenn ein einzelner Arbeiter eine seine Kräfte bedeutend übersteigende Last allein tragen oder fortschaffen wollte.

Es ist an der Hand einschlägiger zahlreicher Betrachtungen seitens unserer ersten und erfahrensten Kliniker mit Sicherheit

festgestellt worden, daß das gewaltsame Hindurchpressen von Bauchinhalt durch eine doch stets enge Bruchpforte — denn wäre sie nicht eng, wäre der Bruch bei gewöhnlichen Verrichtungen, unter Umständen auch schon beim Niesen oder Husten hervorgetreten — von ganz außerordentlich heftigen Schmerzen begleitet ist.

Es ist ja bekanntermaßen für alle die Vorgänge, welche eine brüske Zerrung des Bauchfells bedingen, charakteristisch, daß hierbei ganz bestimmte Symptome auftreten, die nicht zu verkennen sind, ich erinnere nur an den Golzschen Klopfversuch.

Um kurz das Krankheitsbild zu schildern, befällt den Verletzten neben den sehr heftigen, schneidenden Schmerzen ein konstantes Angst- und Todesgefühl, es bricht kalter Schweiß aus, es erfolgt häufig Erbrechen, der Kranke ruft laut nach Hilfe und gebärdet sich stark aufgeregt.

Der Zustand erscheint derartig bedrohlich, daß unter allen Umständen in kürzester Frist für Herbeischaffung ärztlicher Hilfe gesorgt wird.

Diese Vorgänge müssen sich nun sämtlich abspielen, soll der Bruch als Betriebsunfall anerkannt werden.

Es kann dies niemals geschehen, wenn die angeblich Verletzten entweder noch längere Zeit gearbeitet oder erst später den Arzt aufgesucht haben.

Es ist nun mit Sicherheit anzunehmen, daß mit zunehmender Kenntnis dieser Bedingungen, welche ja jedem Antragsteller schriftlich zugestellt werden, die Versuche zur widerrechtlichen Aneignung einer Unfallrente für einen angeblichen Bruchschaden durch genauere Befolgung der bestehenden Vorschriften und Nachahmung der Krankheitserscheinungen sich mehren werden, der erfahrene Arzt wird indessen wohl stets Tatsächliches von Simuliertem unterscheiden und feststellen können.

Es ist aber dringend notwendig, daß er über alles selbst genügend informiert ist, dann werden die wirklichen traumatischen Brüche auch fernerhin das bleiben, was sie auch jetzt noch sind, ein äußerst seltnes Ereignis.

Wie ungemein selten ihr tatsächliches Vorkommen ist, möge daraus hervorgehen, daß ich in meiner mehrjährigen Tätigkeit als Sachverständiger der Arbeiter-Schiedsgerichte, trotzdem wohl in jeder Sitzung ein oder mehrere Anträge wegen derartiger Vorkommnisse zur Aburteilung gelangen, noch nicht ein einziges Mal einen Bruch als durch Betriebsunfall hervorgerufen einwandfrei feststellen konnte.

Liegen in der traumatischen Bruchfrage zurzeit die Verhältnisse vollkommen geklärt, so ist dies doch keineswegs bei einer anderen nach Unfall häufig eintretenden Erkrankung der Fall, welche in recht eigentlichem Sinn ein Kreuz nicht nur der Ärzte, sondern besonders auch der entschädigungspflichtigen Berufsgenossenschaften darstellt, ich meine die nervösen Störungen nach Verletzungen, die man schlechthin unter dem Namen der traumatischen Neurose zusammenfaßt.

Es unterliegt wohl keinem Zweifel, daß diese Krankheit stets durch einen Unfall hervorgerufen wird, großgezogen wird sie indessen in weitaus den meisten Fällen durch den hartnäckigen Kampf um die Rente und leider auch durch die Nachgiebigkeit der meisten Ärzte diesen Kranken gegenüber.

Es ist ja ohne weiteres einleuchtend, daß sehr schwere Unfälle, welche entweder in einer allgemeinen Erschütterung des Körpers und damit auch einer solchen des Nervensystems bestanden haben, ferner Unfälle, welche mit sehr heftigen Schrecken und großer Aufregung verbunden gewesen sind, so besonders Eisenbahnunfälle, auch eine schwere Alteration des Nervensystems bedingen und werden derartige Fälle auch wohl stets entsprechend gewürdigt und entschädigt werden.

Die meisten Schwierigkeiten bereiten jene Fälle, in welchen das anfängliche Trauma ein geringes gewesen ist und welche trotzdem späterhin mit allen erlaubten und unerlaubten Mitteln sich in den Genuß einer möglichst hohen Rente setzen wollen.

Durch die jahrelangen Erfahrungen gerade auf diesem Gebiet sind wir eher in der Lage, auch hierbei nach sorgfältiger Beobachtung aller in Frage kommenden Verhältnisse gerecht und richtig urteilen zu können.

Die traumatische Neurose ist danach eine Krankheit wie jede andere und kann man aus der Schwere der einzelnen und für dieselben prägnanten Symptome sehr wohl auch die bestehende Herabsetzung und Einschränkung der Arbeitsfähigkeit taxieren.

Es muß nur eben eine absolut genaue und erschöpfende Untersuchung des Nervensystems, unter Umständen verbunden mit längerer Beobachtung, vorangehen.

Verläßt man sich, wie es leider noch in sehr zahlreichen Fällen geschieht, lediglich auf die gewöhnlich sehr reichhaltigen Klagen und läßt sich außerdem noch durch den leidenden Eindruck dieser Kranken täuschen, dann werden immer und immer zum Schaden der Antragsteller selbst als auch der Behörden jene hohen Renten bewilligt werden, welche wahrhaftig für andere Zwecke besser gespart bleiben könnten.

Nach meinen langjährigen Erfahrungen stehe ich auf dem Standpunkt, daß eine traumatische Neurose nur dann Arbeitsunfähigkeit bedingt und mit der höchsten Rente zu entschädigen ist, wenn sie mit den schwersten nervösen Erscheinungen, sehr häufigen Krampfanfällen, schweren Kontrakturen, häufigem Erbrechen, hochgradiger Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens und ähnlichem einhergeht.

Fehlen alle diese schweren Symptom, so bin ich der Ansicht, daß durch eine möglichst niedrige Rentenfestsetzung der Kranke gezwungen werden muß, sich von neuem mit gewissen Arbeiten zu beschäftigen.

Nur auf diese Weise kommt er über das fortwährende Grübeln und Nachdenken fort ohne den mindesten Schaden für seine Gesundheit, im Gegenteil nur zum Nutzen und Frommen derselben.

Je höhere Renten man einem derartigen Kranken bewilligt, umsomehr wird er in der Annahme einer schweren Erkrankung bestärkt, der Zustand wird schließlich immer schlimmer und schlimmer, recht häufig erlebt man aber auch, was nicht gerade dazu beiträgt, die Achtung vor ärztlichem Wissen zu erhöhen, daß ein mit der Vollrente nun glücklich Bedachter plötzlich wieder in den vollen Besitz seiner Arbeitsfähigkeit gelangt und auch lange Zeit der Kontrolle entschlüpfen kann, wie derartig lehrreiche Fälle von Zeit zu Zeit in den Fachzeitschriften immer wieder mitgeteilt werden.

Umgekehrt wird häufig bei schweren Verletzungen, besonders solchen des Kopfes und der Wirbelsäure die Untersuchung noch oft zu leicht genommen, trotzdem wir heutigen Tages mit unserer glänzend ausgebildeten Untersuchungstechnik bei genauem Verständnis und Interesse für die Sache wenigstens bei längerer Untersuchung und Beobachtung in den allermeisten Fällen eine richtige Diagnose stellen können.

Seit durch meine Veröffentlichung über Halswirbel-Frakturen in der Monatsschrift für Unfall-Heilkunde der Stein ins Rollen gekommen ist, mehren sich in der Fachliteratur die erfolgreich diagnostizierten Verletzungen besonders der Wirbelsäule, gerade in der großen Mühe, welche man sich allerseits in der Klarlegung und Feststellung seltener Verletzungen gibt, sollten die Versicherten erkennen, daß ärztlicherseits alles getan wird, ihnen zu ihrem Recht zu verhelfen, daß es aber andererseits auch die vornehmste Pflicht des Gutachters sein muß, unbegründete Ansprüche mit größter Entschiedenheit zurückzuweisen.

Kurz will ich schließlich nur noch einiges über jene Fälle erwähnen, in denen der Tod eines Menschen mit einem Betriebs-

unfall in Zusammenhang gebracht wird in der Absicht, den Relikten die Hinterbliebenenrente zu sichern. § 6 des Unfallversicherungsgesetzes bestimmt nämlich, daß im Fall der Tötung eines Menschen infolge eines Betriebsunfalles den Hinterbliebenen vom Tage des Todes an eine Rente zuzusprechen ist und zwar einmal der Witwe des Getöteten bis zu ihrem Tode oder Wiederverheiratung 20 %, für jedes hinterbliebene vaterlose Kind bis zu dessen zurückgelegtem 15. Lebensjahre 15 % und wenn das Kind auch mutterlos ist, 20 % des Jahres-Arbeitsverdienstes.

So human diese Bestimmnng ist und so sehr sie der großen Grundidee des ganzen Gesetzes entspricht, so sehr ist der begutachtende Arzt gerade in diesem Falle auf eine möglichst nüchterne und rein objektive Beurteilung aller in Betracht kommenden Umstände angewiesen, umsomehr, als in der jetzigen Zeit es allmählich so weit gekommen ist, für jeden beliebigen Todesfall irgendeinen durchgemachten oder erdachten Unfall verantwortlich zu machen.

Es vergeht wenigstens bei uns im Regierungsbezirk Breslau wohl kaum eine Schiedsgerichtssitzung, in welcher nicht ein oder mehrere Hinterbliebenensachen zur Verhandlung gelangen, welche aber zum größten Teil als unbegründet zurückgewiesen werden müssen.

Oft liegen die Verhältnisse ja sehr klar, besonders wenn z. B. für den Tod eines Menschen an Lungentuberkulose eine viele Jahre vorher durchgemachte Fußquetschung oder, wie erst vor kurzem hier verhandelt, für den nach der Operation eines eingeklemmten Bruches erfolgten Tod eine 15 Jahre zurückliegende Unterschenkelfraktur verantwortlich gemacht wird.

Die Schwierigkeiten wachsen erst dann, wenn aus dem Unfall unter Umständen doch ein gewisser Zusammenhang mit der nachträglich zum Tode führenden Erkrankung herzuleiten ist.

Nun verlangt aber das Reichsversicherungsamt, um nicht ins uferlose hinaus dann Renten bewilligen zu müssen, seit einiger Zeit in ständiger Rechtsprechung, daß dieser Zusammenhang zum mindesten ein an Sicherheit grenzender, wahrscheinlicher oder überhaupt völlig erwiesener sein muß.

Ist nur die einfache Möglichkeit vorhanden, so kann daraufhin niemals eine Hinterbliebenenrente gewährt werden.

Es wäre überaus wünschenswert, wenn in jedem einzelnen Todesfall, der zur Erhebung von Hinterbliebenenansprüchen Veranlassung geben kann, eine legale Sektion angeordnet würde.

Dann würden sich manche, jetzt noch vielleicht dunkle Punkte leicht erklären, manche Ansprüche kurzer Hand abweisen, manche andere dafür wieder sicher begründen lassen.

In beschränkten Fällen, z. B. bei Knochenverletzungen, kann eine längere Zeit nach dem Tode erfolgte Exhumierung noch Licht in das Dunkel bringen, wie in dem von mir bekannt gegebenen Falle einer Halswirbelsäulenverletzung, für alle Verletzungen der Weichteile muß aber eine möglichst bald nach dem Tode vorzunehmende gerichtliche Sektion dringend gefordert werden.

Jedenfalls darf man in derartigen Fällen sein definitives Urteil nur nach eingehendster Erschöpfung aller in Betracht kommenden Fragen, nach genauem Literaturstudium und Klarlegung aller, auch der manchmal geringfügig erscheinenden nebensächlichen Umstände abgeben.

Meine bisherigen Ausführungen, die sich naturgemäß nur auf ein kleines und begrenztes Gebiet des Unfallwesens beschränken konnte, lassen wohl trotzdem schon erkennen, daß für eine erfolgreiche Begutachtung Unfallverletzter doch recht viel zu wissen notwendig ist, fast noch schwieriger liegen die Verhältnisse aber bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Invalidenverfahren.

Der Grund hierfür ist naheliegend.

Während die Unfallheilkunde jetzt bereits ein staatlich ausgebautes Gebäude darstellt, so daß sich jeder Interessent für besonders wichtige Fragen immerhin aus Büchern und Zeitschriften einigermaßen über brennende Fragen orientieren kann, besitzen wir eine eingehende und erschöpfende Literatur über das Invalidenwesen leider noch nicht, so daß die für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu wissen notwendigen Bedingungen der Hauptmasse der Ärzte noch so gut wie unbekannt sind.

Daher kommt es auch, daß gerade Invalidenrenten so unverhältnismäßig häufig und verfrüht gewährt werden.

Eine im vergangenen Jahr auch in Schlesien erfolgte allgemeine Nachuntersuchung hat ergeben, daß eine große Anzahl der Rentenempfänger ebensoviel wie vor Empfang der Rente verdiente und auch ihrem körperlichen Verhalten nach noch sehr wohl als arbeitsfähig anzusehen war.

Es sind Unmassen von Renten auf Grund irriger Voraussetzungen bewilligt worden und kann man hierfür nur einzig und allein die Unkenntnis der Ärzte mit den erst die Invalidität hervorrufenden Veränderungen verantwortlich machen.

Für einen großen Teil der Gutachter erscheint es nämlich nach meinen Erfahrungen ohne weiteres sicher, daß, sofern erst einmal irgend eine Erkrankuug von ihnen diagnostiziert worden ist, diese dann auch ohne weiteres Invalidität bedingen muß.

Allein damit wird weit über das Ziel hinausgeschossen, denn dann wären wir schließlich so weit, jedem über 50 Jahr alten Arbeiter eine Invalidenrente zubilligen zu müssen, da man wohl ausnahmslos bei allen derartigen Personen in diesem Alter bereits irgend eine krankhafte Veränderung nachweisen kann.

In einem solchen Alter kann man aber unter keinen Umständen bei der arbeitenden Bevölkerung, die so außerordentlich vielen äußeren Schädlichkeiten ausgesetzt ist, damit rechnen, bei der Untersuchung vollkommen gesunde und normale Organe vorzufinden, meistens treten die typischen Alterserkrankungen gerade im Arbeiterstande früher wie gewöhnlich auf, die ungünstigen hygienischen Lebens- und teilweise auch Arbeitsverhältnisse, die vielfach schlechte oder mangelhafte Ernährung und der ganz unglaubliche Konsum alkoholischer Getränke bringen es mit sich, daß die Organe des Arbeiters vom 50. Lebensjahre ab bereits mehr oder weniger abgenutzt oder erkrankt sind.

Es ist nun Sache des Gutachters, darüber orientiert zu sein, welche Art von Arbeiten und in welcher Zeitdauer dieselben trotz bestehender Organveränderungen noch gel istet werden können und wird von ihnen eine derartige Erklärung lediglich verlangt.

Ob es dann noch möglich erscheint, mit derartigen Arbeiten die vom Gesetz vorgeschriebene Mindestverdienstgrenze zu erreichen, ist eine ausschließlich den behördlichen Organen zustehende Entscheidung, bei welchem nicht nur das ärztliche Gutachten allein, sondern noch so manches andere zu berücksichtigen ist.

Ich habe eingangs der Arbeit bereits erörtert, welche Arbeiten in den meisten Fällen noch das Erreichen der vorgeschriebenen Verdienstgrenze gestattet, es gilt jetzt nur noch darzutun, in welcher Weise Krankheiten die Arbeitsfähigkeit und wie stark beeinflussen.

Ich kann selbstverständlich in dieser Arbeit nicht eine eingehende Besprechung aller in Betracht kommenden Erkrankungen vornehmen, ich muß mich vielmehr darauf beschränken, aus dem großen Material das allerwichtigste und am häufigsten zur Begutachtung führende auszuwählen.

Beginnen wir mit dem wichtigen Kapitel der Herzerkrankungen.

Diese Leiden finden sich unter der Arbeiterbevölkerung in sehr ausgedehntem Maße, besonders ist mir die enorme Häufigkeit der Herzklappenerkrankungen aufgefallen, ohne daß es stets gelungen wäre, genaue anamnestische Daten hierfür zu erhalten.

Nur hin und wieder ist ein akuter Gelenkrheumatismus oder eine andere Infektionskrankheit vorhergegangen, gewöhnlich läßt sich ein sicheres ätiologisches Moment nicht feststellen.

Es kann aber gar keinem Zweifel unterliegen, daß die unter der Arbeiterschaft sehr verbreitete und bereits in verhältnismäßig jungen Jahren zum Ausbruch kommende Arteriosklerose in den häufigsten Fällen die Ursache der Herzklappenveränderungen bildet.

Ein großer Teil der Ärzte steht nun auf dem Standpunkt, daß eine Herzklappenerkrankung, gleichgültig ob es sich um eine Insuffizienz oder Stenosis der Klappen handelt, ohne weiteres Erwerbsunfähigkeit bedingt und geben in diesem Sinn ihr Gutachten ab.

Dem muß nun aber ganz entschieden entgegengetreten werden.

Eine lange Erfahrung hat uns gelehrt, daß nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen die durch einen Herzklappenfehler hervorgerufenen Beschwerden derartig heftig werden, um selbst leichte Arbeiten nicht mehr andauernd zu ermöglichen, wie dies zum Erreichen der Mindestverdienstgrenze notwendig ist.

Es muß danach als feststehend erachtet werden, daß ein Herzfehler noch so lange das Verrichten andauernder mindestens leichter Arbeiten zuläßt, als er entweder noch vollkommen unkompliziert ist oder nur mäßige Veränderungen am Herzen bedingt hat.

Als völlig unkompliziert betrachte ich den Herzfehler dann, wenn außer dem Geräusch an der erkrankten Klappe eine sonstige Veränderung nicht nachzuweisen ist.

Auch eine mäßige Vergrößerung des Herzens bei sonst einwandfreier Herztätigkeit ist noch kein Grund, eine Erwerbsunfähigkeit von mehr als zwei Dritteln anzunehmen.

Erst eine stärkere Hypertrophie mit besonders bei Bewegungen sehr lebhafter Herzaktion sowie selbstverständlich die leiseste Erscheinung einer Kompensationsstörung bedingt dauernde Arbeitsunfähigkeit.

Im großen und ganzen lassen sich diese Grundsätze auch auf die übrigen Herzaffektionen anwenden, besonders auch auf die oft beobachtete Myodegeneratio cordis.

Bei dieser wird man außerdem noch sehr oft von einer längeren im Invalidenverfahren überhaupt recht häufig notwendigen Krankenhausbeobachtung Gebrauch machen müssen, um sich hierbei von dem tatsächlichen Vorhandensein, der bei der Herzmukelentartung vielfach geklagten Schwindelanfälle zu überzeugen.

Eine sehr wichtige Rolle spielt bei allen Begutachtungen im Invalidenverfahren das Allgemeinbefinden der Antragsteller.

Es ist hierbei neben dem Aussehen in erster Linie der Ernährungs- und Kräftezustand zu berücksichtigen. Über ersteren informieren wir uns, wie schon erwähnt aus der Beschaffenheit und Menge des noch vorhandenen Fettpolsters, über letzteren aus dem Verhalten der Mukulatur.

Und zwar kommt es hierbei am meisten auf den Muskeltonus an, gerade die exakte Prüfung desselben muß bei dem Arbeiter auf das genaueste vorgenommen werden.

Ich habe nun aus meinen zahlreichen Untersuchungen herausgefunden, daß die Differenz zwischen dem gespannten und entspannten Muskel, am besten am Oberarm gemessen, einen recht guten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Muskulatur gibt.

Eine Differenz von 2 cm und darüber läßt den Schluß zu, daß die vorhandene Muskulatur zum mindesten zur Vornahme leichter andauernder Verrichtungen noch durchaus ausreicht; eine Verminderung unter 2 cm kommt nur bei wirklich schlaffer und wenig kräftiger Muskulatur vor und bedingt dann wohl in den meisten Fällen durch die zu einer derartigen Volumensverminderung der Muskeln führenden Erkrankung Arbeitsunfähigkeit.

Auch das bei der Arbeiterklasse so überaus häufige Lungenemphysem wird sehr oft noch falsch beurteilt.

Bei demselben haben wir in erster Linie auf die Beschaffenheit des Brustkorbes zu achten und ob sich derselbe noch bei der Atmung genügend ausdehnt oder nicht.

Bei dieser Prüfung muß man nur die Antragsteller vorher sehr gründlich instruieren, wenn man richtige Maße erlangen will, die wenigsten Menschen verstehen sofort richtig ein- und auszuatmen und sind darum die ohne diese genaue Instruktion und mehrfache Wiederholung gewonnenen Resultate für die richtige Beurteilung bedeutungslos.

Weiterhin ist das Verhalten der Luftröhrenschleimhaut von der größten Wichtigkeit, ein vorhandener Katarrh ist stets eine Komplikation.

So lange dagegen ein solcher nicht vorhanden ist und auch deutliche Atembeschwerden sich nicht zeigen, istder Emphysematiker unter allen Umständen noch zu andauernden leichten Arbeiten fähig, auch wird eine geringe, streifenförmige Bronchitis in einem oder beiden Unterlappen noch nicht wesentlich die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen, besonders wenn dieser leichte Katarrh sich nur während der rauhen Jahreszeit einstellt und im Sommer wieder verschwindet.

Recht geteilt sind noch die Meinungen über die Lungentuberkulose. Ich nehme bei derselben auf Grund meiner Erfahrungen einen etwas milden Standpunkt ein, insofern ich mich bereits dann, wenn Tuberkelbazillen sicher nachgewiesen und auch die Lungenerscheinungen deutlich ausgesprochen sind, meistens für alsbaldige Bewilligung der Rente ausspreche.

Dem Heilverfahren stehe ich nach meinen Erfahrungen durchaus skeptisch und ablehnend gegenüber.

So große Dienste dasselbe bei einem Menschen leisten wird, der sich andauernd auch nach Beendigung desselben schonen und unter günstigen hygienischen Verhältnissen bleiben kann, so wenig hat bisher dasselbe bei der Behandlung der Arbeiter geleistet.

Der Endzweck des Heilverfahrens, sofern es von den Versicherungsanstalten übernommen wird, soll und muß doch der sein, die Leute auf längere Zeit hin wieder arbeitsfähig zu machen.

Das wird indessen doch nur in verschwindend wenigen Fällen erreicht, meist kehren alle Symptome mit der Rückkehr zur Arbeit schnell wieder zurück, die Versicherungsanstalten sind darum gezwungen, neben den immensen Kosten des Heilverfahrens schließlich doch noch die Invalidenrente zu gewähren.

Es ist darum für dieselben zweifellos vorteilhafter, in jedem Fall sicher festgestellter Lungentuberkulose lieber sofort die Rente zu bewilligen.

Recht große Schwierigkeiten macht nach meinen Erfahrungen weiterhin auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei den verschiedenen Gelenkerkrankungen.

Unter diesen spielt besonders die Arthritis deformans eine große Rolle; sie kommt bei der arbeitenden Bevölkerung sehr häufig isoliert als Erkrankung der Fingergelenke, dann aber auch mit Vorliebe in den großen Gelenken vor, eine gewisse Abart derselben stellt nach meinen Untersuchungen das bei der landwirtschaftlichen Bevölkerung geradezu als Berufskrankheit anzusehende Malum Coxae senile vor; es ist mir besonders in der letzten Zeit häufig aufgefallen, daß von seiten der Ärzte bei Arthritis deformans der Fingergelenke, trotzdem, abgesehen

von den kolbigen Verdickungen einzelner Gelenke die Beweglichkeit der Finger und die Kraftentfaltung der Hände eine noch vollkommen normale war, Arbeitsunfähigkeit angenommen wurde, während bei schweren Fällen von Malum Coxae senile mit völliger Ankylosierung des Hüftgelenks noch das Erreichen der Mindestverdienstgrenze als möglich angenommen wurde.

Wie ich an einem ziemlich großen Material feststellen konnte, bedingt das Malum Coxae senile jedoch bereits sehr frühzeitig Invalidität, einmal wegen der mit demselben verbundenen Schmerzen, dann aber auch besonders wegen der Unmöglichkeit, längere Zeit stehen, gehen oder sitzen zu können.

Dahingegen können Leute mit Arthritis deformans der Fingergelenke noch sehr lange andauernd zum mindesten leichte Arbeiten verrichten, so lange die Beweglichkeit der Finger und die Kraftentfaltung der Hände nicht wesentlich eingeschränkt ist, was nur bei sehr langer Dauer der Erkrankung eintritt.

Sehr wenig bekannt sind auch die chronischen Veränderungen der Wirbelsäulengelenke, auch sie bedingen wegen der damit verbundenen Versteifung der Wirbelsäule häufig frühzeitige Invalidität.

Oftmals verbirgt sich hinter einer scheinbaren Arthritis deformans eines Gelenkes ein Rückenmarksleiden, eine Tabes dorsalis oder eine Syringomyelie.

Da bei der Begutachtung von Invalidenanwärtern stets auch eine genaue Untersuchung des Nervensystems erfolgen muß, so dürfte das Grundleiden eigentlich nicht übersehen werden, leider ist dies aber gewöhnlich der Fall, wie überhaupt die Diagnose der Nervenerkrankungen mit zu den am wenigsten geläufigen Kapiteln der Begutachtung gehört.

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei denselben ist dagegen gewöhnlich eine einfache, in den meisten Fällen wird durch das organische Nervenleiden frühzeitig Invalidität bedingt.

Eine Ausnahme macht nur die, bei und in Schlesien so häufige Syringomyelie, ich konnte erst unlängst über 18 in wenigen Jahren von mir beobachtete Fälle berichten, aus der genauen Verfolgung derselben über längere Jahre hinaus komme ich zu dem Resultat, daß trotz bestehender schwerer nervöser Erscheinungen die Erkrankten bei der Syringomyelie noch recht lange Jahre arbeiten können, erst das Eintreten spastischer Erscheinungen an den unteren Extremitäten führt zu dauernder Arbeitsunfähigkeit, desgleichen ein Fortschreiten des Prozesses auf das verlängerte Mark oder das Eintreten von Blasen- und Mastdarmstörungen.

Auch bei der Epilepsie sind eine Menge von Details bei der Beurteilung zu berücksichtigen, vor allem muß dieselbe ärztlicherseits durch Beobachtung mindestens eines Anfalls einwandfrei fest gestellt sein, da unter der arbeitenden besonders weiblichen Bevölkerung hysterische Krampfanfälle sehr häufig sind.

Nur wenn die Anfälle sehr häufig und schwer sind oder wenn Anzeichen von geistiger Schwäche vorhanden sind, kann man ohne weiteres Invalidität annehmen, bei leichteren und weniger schweren Anfällen und sonst leidlichem Allgemeinbefinden wird das Erreichen der Mindestverdienstgrenze in einem nicht gefährdeten Betrieb vielfach noch möglich sein.

Schließlich muß noch betont werden, daß bei sehr vielen Erkrankungen, besonders bei denen des Magens, der Nieren, vorzugsweise auch bei den Konstitutionskrankheiten eine genaue Beurteilung nicht auf Grund einer einmaligen Untersuchung, wie es immer noch sehr häufig geschieht, sondern nur nach einer längeren und eingehenderen Beobachtung in einem mit allen Hilfsmitteln der modernen Diagnostik ausgestatteten Krankenhaus möglich ist.

Es sollte von diesen Hilfsmitteln recht ausgiebiger Gebrauch gemacht werden, um stets eine gerechte Beurteilung auch unklar liegender Fälle herbei zu führen.

Es ist unmöglich, in dem dieser Arbeit bestimmten Ziel noch weiter auf Einzelheiten einzugehen, welche Bände füllen müßten, das bisher Gesagte möge genügen, um voll dar zu tun, daß die soziale Gesetzgebung heutzutage in der Medizin einen breiten und gewichtigen Platz einnimmt und ein eigenes großes Arbeitsfeld für sich geworden ist, welches unmöglich mehr so nebenbei, beispielsweise während des klinischen Unterrichts abgefertigt werden kann.

Der Staat hat vor allem ein sehr reges Interesse daran, daß ihm zur geordneten Durchführung seiner sozialen Bestimmungen unter der Ärzteschaft Männer zur Seite stehen, welche gerecht und unparteiisch auf Grund ausgiebiger Erfahrungen und genauer Kenntnis aller einschlägigen Bedingungen urteilen. So wie die Verhältnisse aber zurzeit noch liegen, ist es bei der jetzt üblichen Art des Studiums einfach unmöglich, daß sich der Mediziner die so nötigen Kenntnisse auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung aneignet.

Die Folge hiervon sind die vielen und großen Fehler, welche jetzt immerwährend noch in der Begutachtung begangen werden und deren schwerwiegenden Folgen sich kein Einsichtiger bei genauer Prüfung der Verhältnisse verschließen kann.

Hierdurch werden dem Staat so unendliche und vollkommen überflüssige Kosten verursacht, daß man, wie bereits eingangs erwähnt, unter allen Umständen nunmehr nach Abhilfe suchen muß.

Und es werden von seiten der ausschlaggebenden Organe bereits wieder Stimmen laut, welche verlangen, die gutachtliche Tätigkeit der Ärzte sozusagen zu monopolisieren, d. h. mit derselben nur die nach jeder Richtung hin erfahrenen Ärzte zu betrauen, um so die jetzt schwer empfundenen Mißstände auszumerzen.

Meiner Ansicht nach wäre das eine schwere Schädigung der gesamten Ärzteschaft und darf es unter keinen Umständen dahin kommen. In unserer Zeit der freien Arztwahl muß auch die gutachtliche Tätigkeit eine freie und jedem Arzt zugängliche bleiben, die gesamte Ärzteschaft hat an dem Aufbau der sozialen Gesetzgebung wacker mitgeholfen und hat darum auch das volle Recht, an den Segnungen derselben teilzunehmen.

Soll ihre Tätigkeit jedoch eine für beide Teile ersprießliche sein, so müssen unter allen Umständen noch gewisse Bedingungen vorher erfüllt werden.

Es ist absolut notwendig, daß bereits während des Universitätsstudiums die soziale Gesetzgebung an den Universitäten sowohl theoretisch als auch praktisch gelehrt wird.

Bei der großen Bedeutung und der ungemein wichtigen Rolle, welche diese Disziplin in der späteren Tätigkeit des praktischen Arztes spielt, darf der Unterricht aber nicht nur fakultativ, sondern muß obligatorisch sein, d. h. jeder Studierende, welcher nach Absolvierung seiner Studien das Recht beanspruchen will, auf dem Gebiet der sozialen Fürsorge gutachtich tätig zu sein, muß den Nachweis führen, daß er sich während des Studiums oder während des praktischen Jahres tatsächlich und erfolgreich mit der sozialen Gesetzgebung beschäftigt hat.

Der Nachweis ist durch einen von dem betreffenden Dozenten auszustellenden Praktikantenschein zu erbringen.

Leider besitzen unsere Universitäten aber noch keine eigenen Lehrstühle für soziale Gesetzgebung, wenngleich auch nach den letzten Verhandlungen im Abgeordnetenhaus die Einrichtung solcher geplant zu sein scheint.

Es wäre dies allerdings außerordentlich erwünscht, vorläufig würde es jedoch auch vollkommen genügen, die soziale Gesetzgebung in den Lehrplan der gerichtlichen Medizin mit aufzunehmen.

Allerdings würde es notwendig sein, daß der betreffende Dozent sich vorwiegend nur mit der sozialen Gesetzgebung

befaßt, da dieselbe ein derartig großes und weites Arbeitsfeld darstellt, daß für die übrigen Zweige der gerichtlichen Medizin wenig Zeit bleibt.

Was den Unterricht selbst anbelangt, so würde derselbe in einen theoretischen und einen praktischen Teil zerfallen müssen.

Der theoretische Teil hat die Lehre von den einschlägigen Gesetzen sowie besonders der reichsversicherungsamtlichen Entscheidungen und Verordnungen sowie die Nutzanwendung derselben zu umfassen.

Im praktischen Unterricht muß vor allem die genaue Art der Untersuchung von Unfallverletzten und Invalidenrentenanwärtern gelehrt werden, ferner die Abfassung der Gutachten und als wichtigstes die Abschätzung gewisser Unfallfolgen oder Krankheitszustände.

Als Lehrer dieser Unterabteilung der gerichtlichen Medizin kämen selbstverständlich nur diejenigen in Betracht, welche einmal durch langjährige Betätigung auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung und literarisch sich intensiv mit derselben beschäftigt haben, dann aber auch über ein reichliches einschlägiges Krankenmaterial verfügen, welches sie den Hörern jederzeit zugänglich machen können.

Die Teilnahme an den einzelnen Kursen soll weiterhin auch für praktische Ärzte offen stehen, damit auch diese noch nachträglich die vorhandenen Lücken ihres Wissens auf diesem wichtigen Gebiet ausfüllen können.

Nur auf diese Weise kann es schließlich gelingen, das Resultat eifriger, jahrzehntelanger Arbeit auf dem Gebiet der sozialen Gesetzgebung Allgemeingut aller Ärzte werden zu lassen, nur so wird es möglich sein, daß die Beteiligung sämtlicher Ärzte an dem größten Kulturwerk aller Zeiten und Länder bewahrt bleibt, daß dann schließlich auch dieses Werk noch weiter wachse und gedeihe zur Ehre und zum Ruhm unseres deutschen Vaterlandes und im besonderen der deutschen Ärzteschaft.

Referate.

Neurologie und Psychiatrie.

Über Unfallslähmungen des N. facialis.

Von Dr. C. Minor-Moskau.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905. Nr. 9.)

1. Ein 35 jähriger Händler steht in einem Eisenbahnwagen mit der Wange gegen die Tür gelehnt. Bei einem plötzlichen Anziehen des Wagens wird er so heftig gegen die Tür geschleudert, daß er bewußtlos umfällt. Nach dem Erwachen sickert Blut aus dem Ohr. Der N. facialis ist gänzlich gelähmt, tiefe Entartungsreaktion. Therapie fruchtlos. Bei der Schädelbasisfraktur ist der Fazialis offenbar schwer verletzt. — 2. Ein 43jähriger Arbeiter erhält von einer schweren eisernen Röhre einen Schlag gegen die Wange. Tiefer Riß, der vom äußeren Augenwinkel senkrecht herabzieht. Fraktur des Jochbogens. Nach der Heilung sind der Frontalis, Orbicularis palpebrarum, Levator alae nasi et labii superioris gelähmt, die zu diesen Muskeln ziehenden Nervenäste zeigen Entartungsreaktion. Dagegen sind die Nervenäste intakt, die zu den längs des Unterkiefers und zur Unterlippe ziehenden Muskeln verlaufen. 3. Ein 21jähriger Arbeiter wird durch einen Hebel mit der Wange gegen einen Eisenbahnwagen gepreßt. Tiefe Rißwunden im Gesicht, Zertrümmerung des Kiefergelenks und des Oberkieferknochens. Völlige Lähmung des Fazialis, daneben auch Lähmung des 2. und 3. Trigeminusastes.

In allen 3 Fällen hatten die Verletzten Anspruch auf Entschädigung. Aber die Fazialislähmung bedingt an sich nur einen Schönheitsfehler, der als solcher nicht zur Entschädigung berechtigt. Die Ansprüche waren mithin in allen Fällen nur durch die sonstigen, z. T. sehr schweren Verletzungen zu begründen.

Lehfeldt.

Zur Differentialdiagnose zwischen Kleinhirntumoren und chronischem Hydrocephalus. (Zugleich ein Beitrag zur Kenntnis der Angiome des Zentralnervensystems.)

Von Finkelnburg.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 29. Band. 1.—2. Heft.)

So erwünscht auch die Differentialdiagnose zwischen Hydrocephalus und Kleinhirntumoren schon aus praktischen Gründen wegen der Operation ist, so sind wir heute trotz Berücksichtigung aller diagnostischen Momente vor einer Fehldiagnose nicht gesichert, wie die interessanten Mitteilungen lehren. Danach kann cerebellarer Gang auch ein Frühsymptom bei chronischem Hydrocephalus und bei Tumoren der Zentralganglien sein. Ein normales Verhalten oder Abschwächung der Sehnenreflexe spricht nicht gegen Hydrocephalus. Das Schmidtsche Symptom (Auftreten von Erbrechen, Schwindel und anderen Zeichen einer intrakraniellen Drucksteigerung bei einer bestimmten Seitenlage) ist nicht charakteristisch für Kleinhirntumoren, sondern findet sich auch bei Großhirngeschwülsten. Umschriebene Klopf- und Druckempfindlichkeit des Schädels findet sich auch bei chronischem Hydrocephalus.

Schultze.

Über die Encephalitis des Tractus opticus.

Von Rosenfeld.

(Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie 1905, II, Nr. 83.)

Die von Nonne „Pseudotumoren“ genannten Symptomenkomplexe bieten viele Analogien zur Encephalitis; bei letzterer finden sich aber nicht häufig Pulsverlangsamung und Stauungspapille, welchen Symptomen wir regelmäßig bei Pseudotumoren begegnen. Das Vorkommen von Pulsverlangsamung bei Encephalitis ist von verschiedenen Seiten konstatiert. Daß aber auch Stauungspapille sich bei ihr vorfinden kann, macht die vorliegende Beobachtung des Verfassers wahrscheinlich.

Schultze.

Ein Fall von simulierter Epilepsie.

Von Leubuscher.

(Neurologisches Zentralbl. 1905, Nr 13)

Rudolf Br., simuliert 26 Jahre lang (vom zwölften Lebensjahre ab) epileptische Anfälle. Er war in dieser Zeit verschiedene Male in den Berliner Anstalten Dalldorf, Herzberge, Wuhlgarten, ohne daß die Simulation erkannt wurde. Der Zweck der Simulation war, während der Schulzeit Nachsicht, und späterhin Straffreiheit für seine mannigfachen Vergehen zu erlangen. Auf Wunsch produziert R. Br. in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie seine Anfälle in sehr geschickter Weise: kurzdauernde klonische Krämpfe, dann tonische; auf Nadelstiche keine Reaktion, Schaum vor dem Mund usw.

Hoppe-Uchtspringe.

Über Dementia paralytica nach Unfall.

Von Reinhold.

(Neurolog. Zentralbl. 1905, Nr. 14.)

In der Annahme einer rein traumatischen Paralyse ist man bisher mit Recht sehr vorsichtig gewesen. R. teilt einen Fall mit, bei dem er Syphilis und ein anderes ätiologisches Moment mit Sicherheit ausschließen zu können meint. Ein vorher ganz gesunder, 40jähriger Mensch fällt mit ziemlicher Gewalt aufs Gesäß. Es machten sich zunächst nur ziemlich heftige Kreuzschmerzen bemerkbar. $1/4$ Jahr nach dem Unfall war die Pupillenreaktion bereits träge, der Gang schwerfällig und steif, in beiden Armen reißende Schmerzen. Zu einer Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit kam es nicht mehr. Zehn Monate nachher traten Kopfschmerzen und Abnahme der Sehkraft

ein. Es entwickelte sich mehr und mehr das klassische Bild der Paralyse.

17 Monate nach dem Unfall stellten sich Verwirrungszustände ein, die in immer stärkerer Form wiederkehrten, daneben Pupillenstarre, Paresen der Augenmuskeln, gesteigerte Sehnenreflexe, Inkontinenz, Sprachstörung, epilepti- und apoplektiforme Anfälle. In einem solchen Anfall erfolgte exitus, ein Jahr zehn Monat nach dem Unfall.

Die Obduktion bestätigte die schon zu Lebzeiten gestellte Diagnose. Hoppe-Uchtspringe.

Über Hystero-Epilepsie.

Von Steffens.

(Arch. f. Psych. Band 39, Heft 3.)

Verf. sucht im vorliegenden Aufsatz den in dieser Einseitigkeit vielleicht nur noch von Nonne vertretenen Standpunkt näher zu begründen, daß Hysterie und Epilepsie nicht ihrem Wesen nach verschiedene Krankheiten sind, sondern nur eine einzige Krankheit. Die Hystero-Epilepsie, unter welcher er also nicht eine dritte Krankheit versteht, die zwischen Hysterie und Epilepsie steht, sondern womit er die Hysterie und Epilepsie selbst meint, welche unter diesem Namen zu einem gemeinschaftlichen Krankheitsbild zusammengeschlossen werden. Andere Autoren, wie z. B. Moebius, Bratz und Falkenberg, welche auf Grund langjähriger Erfahrungen und Beobachtungen zu einer anderen Auffassung gekommen sind, sind eben rückschrittlich, in ihren Schlußfolgerungen inkonsequent und willkürlich usw.

Ähnlich theoretisch ausgeklügelt und schablonenhaft wie die Auffassung der Hysterie und Epilepsie, sind auch die therapeutischen Grundsätze St.s. Die einen (d. i. epileptischen) Gruppen sind mit Brompräparaten, die andern (hysterischen) besser mit „psychotherapeutischen Maßnahmen anzugreifen"! Hoppe-Uchtspringe.

Mitteilungen über Hysterie.

Von Stintzing und Grober.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 2.–4. Heft.)

Stintzing teilt einen Fall von hysterischem Mutismus mit, der mit hysterischem Asthma kombiniert war. Der Kranke hatte 10 Monate vorher einen Unfall erlitten; trotzdem war die traumatische Quelle sehr wahrscheinlich. Es bestand totale Stummheit und vollständige Aphonie. Suggestive Behandlung, Vibrationsmassage und systematische Lautübungen brachten bald in einigen Tagen Genesung. Unbedeutender Rückfall.

Der Fall von Grober betrifft ein erblich nicht belastetes, fast 4 Jahre altes Kind mit hysterischem Schlafzustand und ausgedehnten choreatischen Bewegungen; 6 Wochen nach dem Erwachen trat eine in wenigen Tagen verschwundene Steifheit des rechten Handgelenkes ohne irgendeine nachweisbare organische Veränderung ein. Schultze.

Über hysterische Selbstverletzung.

Von Dr. Christoph Müller, Immenstadt.

(Münch. med Wochenschr. 1905, Nr. 20.)

Eine Hysterika gab an, im Brot drei Nadeln verschluckt zu haben, auf den tröstenden Bescheid, daß sie durch den Stuhlgang abgehen würden, präsentierte sie nach acht Tagen eine blanke Nähnadel als erbrochen. Der Gatte wurde, mit der Bitte, die Frau nicht darüber aufzuklären, auf das Unsinnige der Begebenheit aufmerksam gemacht, dürfe jedoch seine Frau belehrt haben, denn nach weiteren acht Tagen wurden zwei tadellos oxydierte Nadeln als im Stuhlgang abgegangen präsentiert. $^1/_2$ Jahr später wegen eines Prolapses eine durch Komplikationen nicht gestörte Kolporhaphie. Wieder $^1/_2$ Jahr später erkrankte die Frau an unstillbaren Uterusblutungen, welche, da alle Mittel versagten, die Totalexstirpation nötig machten; dabei wurden im l. Ligamentum latum zwei Nähnadeln gefunden, die sicher von der Scheide aus eingestoßen sein müssen, da jede Spur von Verwachsungen, welche auf eine Einwanderung vom Darm aus hätten deuten können, fehlten. Die Frau hatte außerdem schon vor dem Eintritt der Blutung geäußert, daß die Kolporhaphie eine Operation gewesen sei, um Nadeln aus dem Leib zu entfernen. Seelhorst.

Über vollständige kutane und sensorielle Anästhesie in einem Falle von traumatischer Hysterie.

Von Paul Seifert.

(Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde. 28. Band. 2.–4. Heft.)

Nach einem verhältnismäßig unbedeutenden Unfall trat bei dem erblich nicht belasteten Individuum eine komplette sensible und sensorielle linksseitige Hemianästhesie mit konzentrischer Gesichtsfeldeinengung des rechten Auges auf. Diese Hemianästhesie besteht schon 11 Jahre. Wegen der interessanten Details sei auf das Original verwiesen. Schultze.

Ein weiterer Beitrag zu der Frage „Simulation oder Hysterie".

Von Dr. Klar-Heidelberg.

(Mon. f. Unf.-Heilk. 1905, Nr. 9.)

Klar hat in der Vulpiusschen Klinik folgenden Fall beobachtet. Der 26jährige Maurer L. erleidet am 14. Dezember 1903 eine Quetschung des linken Knies. Ein halbes Jahr nach dem Unfall bescheinigt ihm der behandelnde Arzt, daß er nicht nur eine starke Quetschung der Knochen, sondern auch eine Zerreißung der Bänder davongetragen habe, so daß das Bein ohne Zweifel steif bleiben würde. Nach weiteren 7 Monaten berichtet er, daß das Bein fast ganz steif sei, empfiehlt aber nun medikomechanische Behandlung. Vom 7. bis 25. Februar 1905 war L. deshalb in der Vulpiusschen Klinik. Bei der Aufnahme hielt er das linke Bein im Knie völlig steif, stützt sich jedoch ganz gut darauf. Keine Formveränderung, keine Druckschmerzhaftigkeit am Knie. Dagegen fällt an diesem das starke Vortreten der kräftig entwickelten Muskulatur auf; die einzelnen Muskelbäuche bilden stark vorspringende Wülste unter der Haut und fühlen sich hart gespannt an. Das gilt namentlich von den Muskeln, die den Streckapparat des Kniegelenks zusammensetzen, aber auch von den Unterschenkelmuskeln. Die weitere Untersuchung ergibt Unempfindlichkeit des linken Unterschenkels für Schmerz und Berührung, von sonstigen Symptomen am Nervensystem aber nur Fehlen des Rachenreflexes. Alle Versuche, das Bein beim Massieren oder bei den Übungen zu biegen, mißlingen. Die anfangs gegebene Erlaubnis, das Bein in Narkose zu untersuchen, zieht L. wieder zurück. Er will die Klinik verlassen, und erst als ihm gesagt wird, daß er dann eventuell die Rente einbüßen könne, erklärte er sich zu einer eingehenden Untersuchung ohne Narkose bereit. Vier Ärzte versuchten nun unter größtem Kraftaufwand bei möglichster Vorsicht, das Knie zu beugen. L. schrie dabei laut, spannte alle Körpermuskeln aufs heftigste an, machte aber keine Abwehrbewegungen. Endlich gelang es, das Knie zu beugen, ohne einen Widerstand im Gelenk selbst wahrzunehmen und ohne eine Verletzung des Gelenks durch dieses brüske Verfahren zu setzen. Nachdem die Lösung der Versteifung einmal vollzogen war, konnte man leicht passive Beugungen des Knies wiederholen und dabei völlig normale Verhältnisse im Gelenk selbst feststellen. Allmählich entschloß sich L. auch zu immer ausgiebigeren aktiven Bewegungen im Knie. Die Angaben über die Empfindungslähmung wurden schwankend. Bei einer längeren Untersuchung am 20. Febr. wurde L. aufgefordert, bei geschlossenen Augen mit „Ja" zu antworten, wenn er die Berührung fühle, mit „Nein", wenn er sie nicht fühle. Er gab bei Berührung des rechten Beines

prompt ein „Ja“ an, antwortete aber bei Berührung des linken Beines ebenso prompt mit „Nein“. Gefragt, wie er denn „nein“ sagen könne, wenn er doch überhaupt nicht fühle, ob er berührt sei, wird er verlegen und stammelte einige sinnlose Sätze zur Erklärung. Von jetzt ab kann er aber am linken Bein wieder alles fühlen, auch die Kniebeugung und -Streckung rasch und ohne Zittern ausführen. Dagegen hält er beim Gehen das Bein noch immer steif. Am 25. Februar verläßt er eigenmächtig die Klinik. Das Gutachten von Vulpius und seinen Assistenten erklärte L. für einen Simulanten. Von der Berufsgenossenschaft mit seinen Ansprüchen abgewiesen, klagt L. beim Schiedsgericht. Er wird aber abgewiesen, zumal der Gendarm aussagt, daß L. vom 16. März ab kräftig bei Wegearbeiten und im Steinbruch mitarbeitete, obwohl er angeblich noch ganz erwerbsunfähig war.

Lehfeldt.

Bücherbesprechungen und Anzeigen.

Hackl, Max. Das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland. München, Seitz & Schauer, 1904.

Eine brauchbare Statistik über das Anwachsen der Geisteskranken in Deutschland haben wir nicht, da bei den Volkszählungen seit 1871 die Geisteskranken nicht mehr berücksichtigt worden sind; und dies ist der einzig zweckmäßige Weg. In Preußen und Sachsen wächst die Zahl der Kranken wenigstens bis 1895 und zwar über die Zunahme der Bevölkerung hinaus.

Die Anstaltsstatistiken berücksichtigen vielfach nicht die Privatanstalten. Immerhin ist es wahrscheinlich, daß die Zahl der Geisteskranken in Deutschland über die Zunahme der Bevölkerung hinaus anwächst. Erhebungen über die Gesamtzahl der Geisteskranken gelegentlich einer Volkszählung in Deutschland sind dringend erwünscht und auch nicht allzuschwer durchzuführen.

V. schildert dann die historische Entwicklung des Irrenwesens und den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge, der den tatsächlichen Bedürfnissen noch nicht genügt. Er verlangt die Schaffung eines Irrengesetzes, den Ausbau der Fürsorge für die Imbezillen und Idioten, für die Epileptiker und für geisteskranke Verbrecher, sowie Anbahnung einer allgemeinen Prophylaxe (Vererbung, Alkoholismus, Lues, nervöse Erschöpfung).

Cramer, A., Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Juristisch-psychiatrische Grenzfragen. Dritter Band. Heft 4. Halle. C. Marhold. 1905. 16 S. M. 0,50.

Ausführliche Wiedergabe des auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie gehaltenen Vortrags, cf. Referat dieser Ztschr. S. 238. Schultze.

Reinach, Adolf. Über den Ursachenbegriff im geltenden Strafrecht. Leipzig. 1905. J. A. Barth. 69 S. M. 1,80.

Nach einer interessanten Skizze über die Beziehungen zwischen Recht und Psychologie unterzieht Verfasser die drei hauptsächlichsten Theorien über den Ursachenbegriff einer kritischen Besprechung. Die Lehre von der Gleichwertigkeit der Bedingungen führt bei den qualifizierten Delikten zu widersinnigen Konsequenzen. Die Einführung der wirksamsten Ursache übersieht, daß ein Vergleich mit den wohl stets vorhandenen absoluten Bedingungen unmöglich ist. Die Theorie von der adäquaten Verursachung erweist sich auch nach Einführung bestimmter Änderungen bei der schuldhaften Verursachung als überflüssig, bei der Verursachung schlechthin als unrichtig.

Verfasser untersucht dann den Begriff der Verursachung gesondert bei den vorsätzlichen Delikten, bei den fahrlässigen Delikten und den durch den Erfolg qualifizierten Delikten, immer nur allein in Rücksicht auf die Meinung des Gesetzes. Ursache ist bei jenen Delikten jede den Erfolg bedingende Handlung; indes bedarf es einer scharfen Definition des Begriffs Vorsatz und Fahrlässigkeit; Vorsatz ist ein Wollen mit dem objektiv geforderten Bewußtsein der Gewißheit, und Fahrlässigkeit hinsichtlich der verursachten Erfolge, nicht Fahrlässigkeit schlechthin ist Strafvoraussetzung. Etwas anderes versteht der Gesetzgeber unter Ursache bei den durch den Erfolg qualifizierten Delikten. Ein Erfolg ist hier Ursache eines anderen, wenn er ihn oder eine Vorstufe von ihm unmittelbar bedingt.

Schultze.

Pollatschek, Dr. A., Karlsbad. Die therapeutischen Leistungen des Jahres 1904. Ein Jahrbuch für praktische Ärzte. Wiesbaden, bei Bergmann, 1905. 350 S.

Wiederum liegt die übersichtliche, reichhaltige und anregende Darstellung vor, die Verfasser mit einem wahren Bienenfleiß alljährlich bearbeitet. Außerordentlich vollständig und doch kritisch sichtend, bringt das Buch die therapeutischen Fortschritte in alphabetischer Anordnung des Stoffes und in fließender, nicht ermüdender Sprache. Mehrere Register ermöglichen leicht die Auffindung jeder wünschenswerten Auskunft. Besonders gelungen erscheinen die Artikel Appendicitis, Darmkrankheiten, Ernährungstherapie, Geburtshilfe, Licht- und Mechanotherapie, Narkose, Nierenkrankheiten, Syphilis, Veronal. Es ist natürlich nicht möglich, im Referat näher auf den überreichen Inhalt einzugehen. Wie bisher, wird das Buch dem Praktiker ein zuverlässiger Ratgeber, dem Forscher — namentlich, wenn man die ganze Reihe der vorliegenden Jahrgänge berücksichtigt — ein interessantes Zeugnis für die Entwicklung der modernen Therapie sein. Ktg.

E. Roth-Potsdam, Reg.- und Geh. Med.-Rat. Kompendium der Gewerbekrankheiten. Verlag R. Schoetz, Berlin.

Von dem unseren Lesern bereits rühmlich bekannten Werke wird demnächst im Verlage der Libreria editrice Lombarda in Mailand eine italienische Übersetzung, besorgt von Professor Devoto in Pavia, erscheinen.

Tagesgeschichte.

Volksheilstätten.

In der „Concordia“ wird die Notwendigkeit der Einrichtung von Volksheilstätten für Nervenkranke betont. Von der Landesversicherungsanstalt Berlin angestellte Untersuchungen haben ergeben, daß die Zahl der Neurastheniker unter den Pfleglingen in den letzten Jahren ganz erheblich gestiegen ist. Ihr Anteil betrug im Jahre 1897 noch 18 Proz., in den letzten Jahren aber 40 Proz. Die Ergebnisse der Heilanstaltsbehandlung waren überaus günstige. Bei 60,7 Proz. wurde volle, bei 37 Proz. nahezu volle Erwerbsfähigkeit erzielt. Es gibt nun, abgesehen von den zahlreichen Walderholungsstätten, die auf diesem Gebiete wertvolle Dienste leisten, nur zwei Heilstätten speziell für unbemittelte Nervenkranke: „Haus Schönow“ in Zehlendorf an der Wannseebahn und das hannoversche Provinzialsanatorium „Rasemühle“ bei Göttingen. Das erstere ist mit einer Arbeitsbetriebsstätte für Rekonvaleszenten verbunden, in der diese, befreit von der Sorge um Unterkommen und Verdienst, Gelegenheit zur Arbeitsgewöhnung haben. Es stehen in der Anstalt 116 Krankenbetten zur Verfügung, davon etwa zwei Drittel für Männer. Geheilt, bzw. gebessert sind 69,6 Proz. der Kranken (66,9 Proz. Männer und 73 Proz. Frauen). Die Anstalt „Rasemühle“ ist unter dem Gesichtspunkte der Prophylaxe der Geisteskrankheiten zur Entlastung der Irrenpflege gegründet. Charakteristisch bleibt der — nach außen übrigens streng vermiedene — Zusammenhang mit der Irrenanstalt. Um die Aufnahme von Geisteskranken in die Heilstätte zu vermeiden, haben sich die Patienten vorher in der

Nervenpoliklinik vorzustellen. Eine Trennung der Geschlechter ist fallen gelassen, wodurch der Aufenthalt behaglicher gestaltet und bewirkt wird, daß Männer wie Frauen sich in ihrem ganzen Verhalten mehr zusammennehmen. Das Sanatorium hat zwei Klassen, die erste für 12, die zweite für 50 Kranke. Zum Sanatorium gehören im ganzen etwa 120 Morgen Land. Großer Wert wird auf ein ärztlich überwachtes und dosiertes Turnen gelegt. Im Jahre 1903 bis 1904 wurden 174 Kranke entlassen, davon 54 Proz. als geheilt und 27 Proz. als gebessert.

Neuerdings hat sich nun ein Verein, „Rheinische Volksstätten für Nervenkranke" gebildet, von dem die Anlage einer Anstalt für männliche Kranke in Leichlingen a. d. Wupper und einer für weibliche Kranke in Dabringhausen, Kreis Lennep, geplant ist. Diese Anstalten, sowie die von dem in Karlsruhe bestehenden „Verein badische Volksheilstätten für Nervenkranke" in Aussicht genommene sollen im Pavillonsystem erbaut werden. Eine Trennung der Geschlechter soll nicht stattfinden; eine wichtige Rolle bei der Behandlung soll die Beschäftigung spielen. Eine sehr wesentliche Förderung hat die Frage kürzlich in Österreich dadurch gefunden, daß Frhr. v. Rotschild 20 Millionen Kronen zur Errichtung von Anstalten zur Heilung und Pflege Nervenkranker vermacht hat. In diesen Anstalten soll auch namentlich der Sinn für die Kunst und die Blumen bei den Kranken geweckt und gepflegt werden.

Die öffentlichen Ärzte während des Altertums.

Im letzten Heft des „Janus" hat Dr. Rudolf Pohl über die Einrichtung der öffentlichen Ärzte während des ganzen Altertums von Homer bis zu Justinian einen Bericht erstattet. Der erste beamtete Arzt ist, soweit wir wissen, Demokedes aus Kroton in Unteritalien gewesen, der um 525 v. Chr. von den Ägineten für die Summe von 1 Talent (über 6000 M.) angestellt wurde. Gegen die weit höhere Summe von 100 Minen wurde er schon im folgenden Jahre von den Athenern in ihre Vaterstadt, nach vier Jahren von Polykrates für das Gehalt von 2 Talente jährlich nach Samos berufen. Im fünften Jahrhundert waren die öffentlichen Ärzte in Athen bereits eine stehende Einrichtung, wie aus den Mitteilungen des Aristophanes hervorgeht. Da die Anstellung der Ärzte in Griechenland durch die Wahl der Volksversammlung erfolgte, so nimmt es nicht wunder, daß die ärztlichen Bewerber zu Mitteln griffen, die sie heute wegen unlauteren Wettbewerbs vor das Ehrengericht bringen würden. So z. B. behandelte der eine vor seiner Anstellung die Bürger unentgeltlich oder, da die öffentlichen Ärzte von den Reichen Geld nehmen durften, verzichteten sie von vornherein auf dasselbe in der Hoffnung auf das spätere hohe Gehalt. Die Zahl dieser Amtsärzte in Athen im 3. und 4. Jahrhundert betrug 6. In Rom waren im 3. und 4. Jahrhundert 6, im folgenden aber 14 öffentliche Ärzte angestellt, nämlich je einer für die 14 Stadtteile. Zu dieser Zeit kam für die öffentlichen Ärzte zuerst in Griechenland, dann auch in Rom der Titel „Archiatroi" auf, der ursprünglich die Bezeichnung der Hofärzte in Antiochia gewesen war und von dem bekanntlich unser Wort Arzt (ahd-arzat) abstammt. Neben der Heiltätigkeit lag diesen Ärzten auch die Ausfertigung medizinischer Gutachten ob, z. B. von Leichenbefunden, wie aus einigen ägyptischen Urkunden hervorgeht. Außer den Städten stellten übrigens auch viele große Körperschaften, wie die Gymnasien und Gladiatorenkaserne, in Rom im 4. Jahrhundert n. Chr. auch die Vestalinnen sich einen eigenen Arzt an. Ihr Gehalt war im Durchschnitt nicht so hoch wie das oben angegebene Honorar des Demokedes, sondern betrug in der Regel 500—700 Drachmen, was etwa dem Gehalt der staatlich angestellten Architekten oder Lehrer an den Gymnasien entsprach. Das Gehalt wurde durch eine besondere Steuer, das Iatrikon, erhoben. Erst Kaiser Justinius hat im 6. Jahrhundert die öffentliche Bezahlung der Ärzte aufgehoben. (Med. Klinik.)

Ein eigenartiger Betrugsfall.

Eine Verhandlung von prinzipieller Bedeutung fand kürzlich vor dem Düsseldorfer Schöffengerichte statt. Angeklagt waren der praktische Arzt Dr. med. W., der hier ein „Institut für Haut- und Geschlechtskrankheiten" unterhält, sowie der Cand. med. R., der an diesem Institut eine selbständige ärztliche Tätigkeit ausübt. Die Anklage gegen beide lautete auf Betrug, indem die Patienten des Dr. W. der Meinung sein mußten, von diesem behandelt zu werden, während sie in Wirklichkeit von dem Kandidaten R. behandelt worden waren, dem Dr. W. Blanko-Rezepte zur selbständigen Ausfüllung zur Verfügung gestellt hatte. Eine Reihe von Zeugen erklärten in der Beweisaufnahme, daß sie, falls ihnen dieser Umstand bekannt gewesen wäre, von einer ärztlichen Behandlung in der genannten Anstalt Abstand genommen hätten. Der Rechtsbeistand des Angeklagten machte geltend, daß R. ein praktisch gebildeter Mediziner sei, der seit Jahren unter Leitung des Dr. W. tätig sei. Solche Vertretungen seien im ärztlichen Berufe recht häufig, und eine Verurteilung würde zu ganz unhaltbaren Zuständen führen. Möge man eine solche Ausübung der Praxis beurteilen wie man wolle, strafrechtlich könne sie nicht als Betrug charakterisiert werden. Das Schöffengericht verurteilte den Angeklagten Dr. W. zu zwei Monaten, den Angeklagten R. zu einem Monat Gefängnis. Die Urteilsbegründung führte aus, daß die Behandlungsweise des R. eine völlig selbständige gewesen sei und bei den Patienten, denen nichts anderes mitgeteilt worden sei, den Glauben hervorgerufen habe, von Dr. W. selbst behandelt zu werden. Eine Vorspiegelung falscher Tatsachen und eine Vermögensschädigung sei somit als vorliegend zu erachten, wobei es schließlich gleichgültig gewesen sei, daß R. minder hohe Gebühren als Dr. W. sich habe zahlen lassen. Besonders auf dem wichtigen Gebiete der Geschlechtskrankheiten könne eine solche Ausübung des ärztlichen Berufs leicht zu gemeingefährlichen Zuständen führen. (Allg. Med. Zentralzeitung.)

Feuerbestattung.

Zur Regelung der Feuerbestattung im Königreiche Sachsen im Wege der Landesgesetzgebung sind von den beteiligten Ministerien die erforderlichen Maßnahmen bereits eingeleitet worden. Die prinzipielle Freigabe der Feuerbestattung, die von der Regierung bisher stets verweigert worden war, ist einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichtes zu danken, welche aussprach, daß für das Königreich Sachsen ein gesetzliches Verbot der Leichenverbrennung (Feuerbestattung) nicht bestehe.

(Münch. med. Wochenschrift.)

Verweigerung des Zeugeneides durch einen Arzt.

Ein Kreisarzt sollte vor dem Schöffengericht den Zeugeneid leisten. Er weigerte sich, weil er glaubte, daß er den Sachverständigeneid zu leisten habe. Er wurde wegen Verweigerung des Zeugeneides zu 60 M. Geldstrafe eventuell 10 Tagen Haft sowie zur Tragung der Kosten des Termins verurteilt.

(Berl. Tagebl.)

Redaktionswechsel.

Die Redaktion der chirurgischen Abteilung der im Verlage von Breitkopf & Härtel in Leipzig erscheinenden Volkmannschen Sammlung klinischer Vorträge hat an Stelle des verstorbenen Herrn Geheimrats von Mikulicz-Radecki Herr Professor Dr. O Hildebrand, Direktor der Chirurgischen Klinik des Charité-Krankenhauses in Berlin, übernommen.

Verantwortlich für den Inhalt: Dr. F. Leppmann in Berlin. — Verlag und Eigentum der Verlagsbuchhandlung von R. Schoetz in Berlin. — Druck von W. Büxenstein, Berlin



